دكتور عبد الله عسكر



الاضطرابات النفسية للأطفال





هنا سور الازبكية
غواص في بحر الكتب
باحثون

الاضطرابات النفسية للأطفال

دكـــتور

عـبد الله عســـــكر

أستاذ ورئيس قسم علم النفس

كلية الآداب – جامعة الزقازيق

الطبعة الأولى

٢٠٠٥



الناشر

مكتبة الأنجلو المصرية

١٦٥ ش محمد فريد – القاهرة



أسم الكتـــاب: الاضطرابات النفسية للاطفال
أسم المؤلف: د/عبدالله عسكر
أسم الناشر: مكتبة الانجلو المصرية
أسم الطـــابع: مطبعة محمد عبد الكريم حسان
رقــم الايــداع: 2711 لسنة 2005
الترقيم الدولي: I-S-B-N 977-05-2118-3

إهداء

إلى زوجتي وزميلتي وقرة عيني د/ رشا الديدي
وابننا شريف .. الأمل الجميل


تليجرام
غواص في بحر الكتب

الفهرس

الفصل الثاني

اضطرابات التعلم

اضطرابات التواصل

الفصل الثالث

الاضطرابات الإرتقائية المنتشرة

الفصل الرابع

اضطرابات تشتت الإنتباه والسلوك التخريبي

الفصل الخامس

اضطرابات الإخراج

الفصل السادس

الاضطرابات المزاجية عند الأطفال

الفصل السابع

مشكلات نفسية معتادة

مقـــــدمة

تشكل الطفولة القاعدة الأساسية للمراحل اللاحقة التي تقرر ما الذي ستكون عليه الشخصية في سوائها واضطرابها ، فمنذ بدايات علم النفس الحديث وجدت دراسات الطفولة طريقها إلى النور كمدخل تاريخي لفهم الاضطرابات النفسية لدى الراشدين ، حيث يشكل التاريخ النمائي للفرد القاعدة الأساسية التي يبني عليها علماء النفس الإكلينيكيون تشخيصهم الحالي للاضطراب وفق ما يسمى بأسلوب تاريخ الحالة ، فلقد اهتم سيجموند فرويد مؤسس التحليل النفسي بمراحل الطفولة ، واعتبرها حجر الزاوية في بناء الشخصية حين أراد أن يؤكد فروضه حول الجنسية الطفلية التي ذهبت إلى تحديد مناطق شبقية حسية من الميلاد حتى البلوغ .

تلك المراحل التي استحوذت على القطاع الأكبر من دراسات التحليل النفسي سواء المتلازمة مع الأفكار الفرويدية أو التطورات اللاحقة لدى ميلاني كلاين وأنا فرويد ورينيه شبيتز وإريك اريكسون ومارجريت ماهلر وإديث جاكبسون .. وغيرهم من الذين ركزوا العمل في اضطرابات الطفولة كأساس لكل اضطراب لاحق ، حيث تجرى الصيغة العامة للاضطرابات النفسية من وجهة نظر التحليل النفسي كالآتي :

احباط لا يقوى الراشد على مغالبة مطالبه بحل واقعي مناسب نظراً لضخامة الإحباط أو لاستعداد نشوئي قوامه عدم القدرة على تحمل الإحباط ، وفي الغالب ما يكون السببين معاً ، وهذا ما يؤدي بالراشد إلى النكوص إلى مراحل نمائية سابقة كانت قدرته فيها على تحمل الإحباط أكثر (مصطفى زيور ، ١٩٨٦) ، ليأتي جاك لاكان المحلل النفسي الفرنسي الشهير ليؤسس نظريته على أساس مرحلة المرآة التي تشكل أساس المكون الخيالي لينطلق الطفل من عالم الصورة إلى عالم الكلمة في تبادل دلالي بعمليات متلاحقة تمتد طوال العمر وفقاً للبنية الإكلينيكية للذهان والعصاب والإنحراف التي تبنى في مراحل العمر المبكرة .

وفي الإتجاه الآخر كان ظهور المدرسة السلوكية التي اهتمت بعمليات التعلم في إطار المثير والإستجابة حيث ركز جون واطسون على دراسة السلوك ، واستند إلى بحوث العالم الروسي بافلوف في صياغة النظرية السلوكية حيث أشارت بحوثهم إلى أن الاضطرابات السلوكية أو النفسية ما هي إلا إضطراب عمليات التعلم واكتساب العادات السلوكية المضطربة ، وما حدث من تطور على هذه النظرية بإسهامات

ثورنـدايك وجـاثرى وهل حـتى وصلت إلى المنحى السلوكى المعـرفى على يد روتر وباندورا وسليجمان وزيتزل وأرون بيك وغيرهم . فضلاً عن الإسهامات الكبرى لجان بياجيه فى تأسيس المعرفة العلمية الحقة من خلال الملاحظة الإرتقائية للحياة النفسية للأطفال وإسهامات الفريد بينيه العالم الفرنسى الشهير فى القياس العقلى ، فبفضل دراسات الطفولة كانت النظريات الكبرى فى الاضطرابات النفسية ، وأصبح علم النفس الإرتقائى من العلوم الأساسية لكل الدارسين لعلم النفس كقاعدة أساسية لفهم الظاهرة النفسية ، ولم تعد اضطرابات الطفولة جزء من مؤلفات الأمراض النفسية ، بل ظهرت إصـدارات خـاصـة بالتحليل النفسى للأطفـال والاضطرابـات السلوكيـة للأطفـال والصـحة النفسية والإرشاد النفسى والعلاج النفسى للأطفال فضلاً عن الطب النفسى للأطفال .

ويأتى هذا الكتاب كمدخل نصى للإضطرابات النفسية عند الأطفال مستنداً إلى المنهج التكاملى فى العرض ، فما من شك بأن كل النظريات النفسية التى تحاول تفسير الاضطرابات النفسية لا تستطيع أن تعزف منفردة خارج النظريات الأخرى مـهـمـا حـاولت التأكيد على صحة النظرية وانفرادها بالجواب الشافى عن سؤال الاضطرابات النفسيـة خاصـة فى العصر الحديث الذى يؤكد سيادة المنهج العلمى وتحرير علم النفس من براثن الأيديولوجيا التى تنطلق منها النظريات ، حيث أسهمت الصراعات القديمة بين التيار السلوكى والتيار التحليلى فى دفع عجلة البحوث النفسية إلى الأمام ، فأصبحت المفاهيم متبادلة بين النظريات ، ولكن بتناول مـخـتلف أو تفسيرات مختلفة ، ولكنها جميعاً تسعى إلى الوصول إلى حلول إيجابية للمشكلات المطروحة ، فالاستناد إلى نظرية واحدة يعنى تعصب أيديولوجى أحادى النظرة حيث يصبح التناول العلمى تناولاً ذاتياً وجدانياً أو موضوعياً جامداً فى الوقت الذى ينبغى أن يكون فيه التناول متكاملاً من الوجدان والمعرفة الموضوعية ، فالذين يدعون أن فى نظريتهم حلول لكل شىء فإنهم لا يقدمون حلاً إلا فى عقولهم وكتاباتهم ، فما من نظرية تملك الحقيقة ، إنما هى أجزاء من الحقيقة تتكامل فى العقول والكتابات والصياغات البشرية والتدخلات التشخيصية والعلاجية لتجمع أجزاء الحقائق فى كل متجانس يسهم إلى حد كبير فى تحقيق مستوى معقول من الصحة النفسية للأطفال وغـيـرهم لتنتقل من عـالم الفرد (اللاعب المنفـرد) إلى الفـريق المتكامل لتقديم الخدمات النفسية ، فالأخصائى النفسى لا يستطيع العمل منفرداً بدون الطبيب النفسى والأخصائى الاجتماعى . فضلاً عن الدور الحيوى الذى تلعبه أقسام التحاليل الطبية والقياسات العصبية والعاملين فى الرعاية الصحية الأولية ، والأدوار المساعدة الأخرى

من آباء ومعلمين ورجال دين وغيرهم من الذين يستطيعون الإسهام بدور فعال في تحقيق الصحة النفسية للأطفال كأساس لعلم الوقاية النفسية الذى يساعد على إفراز الأفراد القادرين على التعامل بكفاءة في إدارة أنفسهم وعلاقاتهم وصولاً إلى مستوى عال من الإنتاجية حيث يتحقق مفهوم الصحة النفسية وهو القدرة على الحب والعمل .

ولقد تناولنا الاضطرابات النفسية للأطفال من المنظور التكاملي الحديث ، حيث تكثف العرض طبقاً للإسهامات الأكثر فائدة طبقاً لنوع وطبيعة الاضطراب ، بمعنى انتقاء المعلومات الدقيقة والمباشرة والأكثر جدوى وفقاً للتوجهات النظرية المختلفة ، وانتقاء الأساليب العلاجية المناسبة وفقاً لتنوع الاضطرابات .

فليس من منطلق ايديولوجي يدعو للتحيز لتيار على حساب تيار آخر ، بل على العكس نتحيز لما فيه الفائدة القصوى للطلاب والباحثين والمربين .

ونسأل الله أن يوفقنا في عرضنا هذا بما يعود بالفائدة على المتخصصين والمربين والقائمين على رعاية الأطفال .

عبدالله عسكر

الرحاب في ٢٠ / ١٠ / ٢٠٠٣



الفصل الأول

التخلف العقلى



الفصل الأول

التخـــلف العقـــلي

إن أخطر الاضطرابات التي تصيب الأطفال في مراحل نموهم المختلفة هو اضطراب التخلف العقلي الذي يأخذ مساحة كبيرة من ميدان الاضطرابات النفسية للأطفال ، فالتخلف العقلي علة في المشروع الرئيسي للشخصية الإنسانية ، فإذا كان الإنسان كائن عاقل ، فإن الاضطراب في الوظائف العقلية يجعله مجرد كائن ، مجرد وجود بيولوجي يشكل عبئاً على الأسرة والمجتمع وأزمة حادة لذلك المصاب بالتخلف العقلي .

ولقد حددت الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي The American Association of Mental Deficiency (A A M D) تعريفاً للتخلف العقلي بأنه « قصور دون المستوى في القدرة العقلية العامة أو الذكاء . يسبب أو يكون مصحوباً بقصور في السلوك التكيفي ، ويظهر أثناء فترات النمو قبل سن الثامنة عشر .

بينما يعتبر التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض النفسية : International Statistical Classification of Diseases and Related Problems (ICD-10) التخلف العقلي ، توقف أو عدم اكتمال العقل ، مصحوباً بقصور في مستوى الذكاء والمهارات والقدرات اللغوية والحركية والمعرفية والاجتماعية ويكون قصور السلوك التكيفي علامة بارزة لدى المصابين بالتخلف العقلي» .

وهذا يشير إلى أن التخلف العقلي هو قصور في الأداء الوظيفي للمخ يؤدي إلى قصور في تكامل الوظائف المعرفية والانفعالية والسلوكية بالمقارنة بالآخرين ، وهذا القصور يتراوح بين الحاد والشديد والمتوسط .

وفي الغالب ما يستخدم المتخصصون اختبارات الذكاء التي تقيس القدرات العقلية بمستوياتها المختلفة لتحديد مستوى التخلف العقلي ، فالدرجة تحت ٧٠ في مستوى الذكاء تشير إلى بداية ما يسمى بالتخلف العقلي، حيث يشير التصنيف العقلي للأمراض إلى أن الدرجة من ٥٠ - ٧٠ تشير إلى التخلف العقلي البسيط ، ومن ٣٥ - ٥٠ تشير إلى التخلف العقلي المتوسط ، أما الدرجة من ٢٠ - ٣٥ فتشير إلى التخلف

العقلى الشديد ، ودون ذلك تشير إلى التخلف العقلى الحاد أو العميق .

مظاهر التخلف العقلى :

نتيجة لإصابة المخ بالقصور سواء لأسباب وراثية أو بيئية فإن ذلك يمثل إصابة فى المركز الإدارى الأعلى للوظائف البدنية والعقلية والانفعالية والسلوكية على النحو التالى :

أولاً : المظاهر البدنية :

فى الغالب ما يعانى الأطفال المتخلفين عقلياً من قصور فى العمليات الجسية مثل السمع والبصر ، والنمو الطبيعى للأسنان والعضلات والإتزان الحركى والنمو الجنسى وفقاً لنوع ومستوى التخلف .

ثانياً : المظاهر العقلية أو المعرفية :

قد تعود المظاهر البدنية المضطربة إلى أسباب صحية عديدة ، بينما تشير المظاهر العقلية للمتخلفين عقلياً إلى القصور الواضح فى القدرات المعرفية أو العقلية لدى الأطفال على النحو التالى :

١ – قصور الإنتباه :

فطفل التخلف العقلى تبدو عليه علامات قصور الإنتباه والتركيز على الأبعاد التى تحتاج إلى التمييز ، فضلاً عن تشتت الإنتباه ، وقصور الإستمرارية فى التركيز ، ولا يستطيع أن يلفت انتباهه إلى أكثر من شىء واحد .

٢ – قصور فى الإدراك :

يشكل الإدراك الحسى العملية العقلية التكاملية الأعلى لفهم وتوظيف المكونات الحسية وصياغتها على شكل مخرجات معرفية ، فالوظيفة التكاملية للمتخلفين عقلياً تكون مضطربة جشتالطياً حيث تضطرب وظائف الإستبصار وإدراك العلاقات بين الأشياء ، مع قصور فى فهم الأفكار المجردة والأبعاد الرمزية فضلاً عن القصور فى فهم وتركيب اللغة ، لأن التخلف العقلى هو قصور فى القاعدة الأساسية للظاهرة النفسية .

٣ – قصور الذاكرة :

تشكل الذاكرة مصدر الإمداد التاريخى للخبرات المعرفية ، حيث تتشكل وظيفة الذاكرة فى الإحتفاظ بالمعلومات المدركة وتوظيفها واستدعائها فى الوقت المناسب ، وربطها بالخبرات المعاشة وإعادة تخزينها وترتيبها ، ولذا فإن قصور أو فساد فى

مناطق الذاكرة يشكل مظهراً مميزاً لطفل التخلف العقلي . حيث تشير البحوث إلى معاناة المتخلفين عقلياً من قصور في الذاكرة قصيرة المدى وطويلة المدى، مما يجعلهم يحتاجون إلى منبهات ووسائل إيضاح وتكرارات تعليمية زائدة عن غير المتخلفين عقلياً .

٤ - قصور التفكير :

نظراً للقصور في الإنتباه - الإدراك والذاكرة لدى الطفل المتخلف عقلياً فإن قدرته على التفكير تكون قاصرة على الرغم من نمو القدرة على التفكير لديه ، إلا أنه نمواً بطيئاً بالقياس لأقرانه غير المتخلفين ، لكون عمليات التفكير من العمليات العقلية العليا التي تحتاج إلى كفاءة نظام التنشيط الشبكي بالمخ الأوسط ، وساق المخ الذي يتعامل مع الأنواع المختلفة من الذاكرة أو العمليات الإدراكية وطرح العمليات المعرفية على شاشة المخ ثم إخراجها إخراجاً إبتكارياً وتجريدياً ، ولهذا فإن المتخلف العقلي يكون قادراً على التفكير العياني أكثر من قدرته على التفكير المجرد ، فهو يستطيع أن يستجيب استجابة مباشرة لمثير محدد ، ولا يستطيع أن تتعدد استجاباته لمثير واحد نظراً لقصور البنية اللغوية والصورية في مكونات الذاكرة لديه .

٥ - التخلف الدراسي :

لعل أهم مظهر من مظاهر التخلف العقلي هو بطء التعلم وضعف في التحصيل الدراسي ، فلقد أشار (فاروق عبد السلام، ١٩٨٢) إلى أن أعلى مستوى تحصيلي يستطيع المتخلف عقلياً الوصول إليه هو مستوى الصف الرابع أو الخامس الإبتدائي على الأكثر بالنسبة لتعلم القراءة والحساب .

وبالتالي فإن أساسيات التعلم في القراءة والحساب هي التي تنقل التلميذ من مستوى أدنى إلى مستوى أعلى في ارتقاء السلم التعليمي طبقاً لانتقال أثر التعليم والتدريب . وإذا ما اضطربت الأسس اضطربت معها المستويات الأرقى من العمليات التعليمية ، كما أن المتخلف عقلياً لا يحتفظ ذهنياً بالأنشطة التعليمية أو الخبرات المكتسبة ، حيث يحتاج إلى ذاكرة خارجية ، بمعنى قيام المعلم بالتكرار وإعادة ما تم شرحه من قبل أكثر من مرة ، ولذا فإن تواجدهم في المدارس العادية يكون محدوداً . حيث تتزايد شكوى المعلمين ، مما يدفعهم إلى فحص قدراته العقلية لتحديد مستواه العقلي ، ومستوى تخلفه ، وتوجيهه إلى المدارس الخاصة بالتربية الفكرية للمتخلفين عقلياً .

٦ قصور العناية بالذات :

لا يستطيع المتخلف عقلياً رعاية ذاته نظراً لقصور قدراته العقلية ، وقصور تعلمه من الخبرة ، فهو لا يتحمل المسئولية تجاه نفسه أو الأعمال التي تطلب منه ، كما أنه يكون قاصراً في تعريف نفسه ، وكثيراً ما يتعرض للضياع في المكان وفقاً لعدم قدرته على الإدراك المكاني السريع ، كما أنه قد لا يستطيع العناية بجسمه في أحوال النظافة والملبس والمأكل وما إلى ذلك من أنشطة معتادة ، كما أنه يتسم بالفوضى السلوكية التي قد تؤدي إلى إيذائه أو حتى موته دون الوعي بما يقوم به من أفعال ، ولذا فهم يحتاجون إلى عناية ورعاية طفلية لسنوات طويلة من القائمين بالتربية .

٧ قصور في التوافق الاجتماعي :

يتأثر التوافق الاجتماعي بالقدرة على التعلم ونمو حس الآخر ، وتتفاوت مستويات التوافق الاجتماعي لدى المتخلفين عقلياً وفقاً لمستوى التخلف العقلي ، ففي حالات التخلف العقلي العميق والشديد يكاد ينعدم التوافق الاجتماعي بينما ينمو نمواً بطيئاً في حالات التخلف العقلي المتوسطة والخفيفة ، إلا أنه بصفة عامة يكون مضطرباً حيث تتسم شخصية المتخلف عقلياً بالأنانية والسلبية وقصور في تحمل المسئولية وقصور في الانتماء للجماعة والوفاء بالوعد مع عدم مراعاة العادات والتقاليد والقيم السائدة في المحيط الاجتماعي (لطفي بركات، ١٩٨٤) .

ونظراً لخصائص شخصيته فإنه غالباً ما يكون منبوذاً من أقرانه مما يدفعه للتعامل مع الأطفال الأقل منه سناً ، نظراً لكونه قد يكون موضوعاً للاستهزاء أو الشفقة من الآخرين ، ويؤدي قصور قدرته على التوافق الاجتماعي إلى السلوك المشكل وإثارة الأزمات والمشاكل ، واستخدام العدوان البدني أكثر من العدوان اللفظي ، كما أنه قد لا يعي معنى التوبيخ والتحذير مما يدفع الآخرين إلى تعنيفه تعنيفاً بدنياً على سلوكه المشكل ، مما يجعله أكثر سخطاً وعدوانية ، أو قد يميل إلى السلوك الإنسحابي ، وتجنب الإحتكاك بالآخرين ، وعلى العموم فإن قصور السلوك التكيفي هو أهم مظهر من مظاهر التخلف العقلي بدرجاته المختلفة .

٨ – قصور في تنظيم أو ضبط الانفعالات :

لا يستطيع الإنسان العادي التحكم في انفعالاته إلا من خلال التعلم ، ونمو العمليات المعرفية التي تجعله قادراً على تنظيم إنفعالاته ، حيث يحدد متى يغضب ومتى يحزن أو يفرح أو يحب أو يكره ، ونظراً لقصور القدرة العقلية المعرفية لدى المتخلف عقلياً فإنه يعاني من القصور في ضبط وتنظيم انفعالاته ، حيث يتسم بالتقلب

الانفعالي مع اصطباغ ردود أفعاله بالانفعال السريع . وتبدو مظاهر انفعاله في الصراخ والعويل والبكاء ، وعدم الإستقرار الحركي أو التململ والتذمر والغضب لأتفه الأسباب فضلاً عن كونه أحياناً ما يتسم بالهدوء والإنتقال السريع من البكاء إلى الضحك والمرح مع قابليته الشديدة للاستهواء ، مما يسهل التعامل معه كطفل ينشغل بألعابه أكثر مما ينشغل بالآخرين .

كما تشير العديد من البحوث إلى معاناة المتخلف عقلياً من الخوف من بعض الحيوانات المستأنسة كالقطط والكلاب والخوف من الظلام والأماكن المغلقة - والمرتفعة (لطفى بركات، ١٩٨٤) .

٩ - قصور في أداء المهام :

يؤدى التخلف العقلي إلى قصور في قدرة الشخص على أداء المهام الموكلة إليه وتحمل المسئولية وإدراك قيمة الوقت ، فضلاً عن قصور في قدرته على التعلم واكتساب المهارات وتتابع التدريب واستيعابه ، فضلاً عن عدم قدرته على رعاية نفسه وتجنب مواطن الخطورة ، مما يجعله قاصراً في ميدان العمل ، ويمكن تدريب الفئة الخفيفة والمتوسطة على بعض الأعمال الروتينية وفقاً لإمكاناته البدنية والأدائية ، وفي بعض الحالات يمكنهم القيام بالأعمال البدنية وفقاً لقدرته العضلية مثل العمل في المخابز والشحن والتفريغ ، وما إلى ذلك من أعمال وفقاً لقدرات المتخلف عقلياً.

تصنيف التخلف العقلي وأسبابه :

تتعدد تصنيفات التخلف العقلي ، ولكنها جميعاً تتفق على ما يلي :

١ - تخلف عقلي لأسباب وراثية ، واضطراب عملية التمثيل الغذائي.

٢ - تخلف عقلي ناتج عن اضطراب لدى الأم أثناء الحمل .

٣ - تخلف عقلي ناتج عن الإصابة أثناء الولادة .

٤ - تخلف عقلي ناتج عن الإصابة بالعدوى أو التلوث والأورام والتسمم.

٥ - تخلف عقلي ناتج عن الحوادث أو الصدمات .

٦ - تخلف عقلي ناتج عن الحرمان الثقافي .

٧ - تخلف عقلي غير معروف السبب .

ولسوف نعرض التصنيفات الشائعة على النحو التالي :

أولاً – التخلف العقلي الناتج عن أسباب وراثية . واضطراب عملية التمثيل الغذائي :

تشير دراسات التخلف العقلي إلى أن العامل الوراثي من أهم العوامل المسببة لولادة أطفال متخلفين عقلياً إذا كان هناك حالات من التخلف العقلي في التاريخ السلالي للأم أو للأب ، ولذا قد تظهر مثل هذه الحالات أيضاً في زواج الأقارب . وتؤدي العوامل الوراثية إلى التخلف العقلي عن طريق شذوذ في الكروموزمات [١] أو شذوذ في الجينات [٢] على النحو التالي :

١ – زملة داون Down's Syndrome أو المنغولية Mongolism :

ويعود اكتشاف هذه الحالة إلى الطبيب الإنجليزي لانجدون داون عان ١٩٦٦ ، وهي أكثر الحالات شيوعاً ، وتنتشر بنسبة ١ – ٧٠٠ ولادة ، وتكثر بين أطفال الأمهات فوق سن الأربعين وتتميز بشذوذ الكروموزمات في خلايا الجسم حيث تزيد عددها إلى ٤٧ بدلاً من ٤٦ في الخلية الواحدة . ويبدو المنغولي وكأنه من الجنس المنغولي الأصفر مثل سكان شرق آسيا من الصينيين وغيرهم ، حيث تكون الرأس صغيرةمع إنحدار العينين بزاوية ناحية الجبهة مع تغطية الجبين الأعلى للزاوية الأنفية للجفن الأيسر . مع ضخامة حجم اللسان وعرض الكف ، ويوجد به خط عرض واحد وقصر الأصابع وجحوظ في البطن وتقهقر في الذقن ، ويكون المنغولي عرضه للعدوى والإصابة بالأمراض المختلفة . ويتراوح عمره العقلي ما بين ٤ – ٧ سنوات ، ويميل إلى المرح والموسيقى ، ويشير التشخيص المقبل لهذه الحالة بسوء المآل، حيث يصاب معظمهم بتغيرات في نسيج المخ يشبه مرض الزهايمر .

٢ – زملة هشاشة الكروموزم Fragile X syndrome :

وهي ثاني سبب شائع للتخلف العقلي ويحدث نتيجة لبتر أو تشوه في الكروموزوم X في بعض الخلايا ، ويحدث بنسبة ١ – ١٠٠٠ لدى الذكور و ١ – ٢٠٠٠ لدى الإناث ، ويسبب كبر الرأس والأذنين ، وقصر القامة وتمدد واتساع المفاصل وكبر الخصيتين بعد البلوغ . ويقع في فئة التخلف العقلي المتوسط والشديد ،

---

(١) الكروموزم Chromosome « خيوط دقيقة متشابكة موجودة بنواة الخلية عددها ثابت في النوع الواحد من النبات أو الحيوان .. وتوجد بخلية الإنسان العادي ٢٣ زوجاً من الكروموزمات .

(٢) الجينات Genes « عقد أو مواد عالقة بالكروموزمات تحمل الخصائص الوراثية فتنقلها من الأبوين إلي الأبناء ، فلون العين والشعر والبشرة ، وما إلي ذلك موجود في هذه الجينات التي تنقل هذه الخصائص للأبناء . (فرج طه، ١٩٩٢)

وتشمل هذه الزملة معدلات عالية من تشتت الإنتباه والحركة المفرطة واضطراب التعلم وقصور في الوظيفة اللغوية وعدم قدرته على تكوين الجمل ، ولكن تكون لديهم بعض إمكانيات التوافق والتواصل الاجتماعي . (Kaplan & Sadock, 1998) .

٣ – زملة برادر ويلي Prader - Willi Syndrome :

وهو حدوث خلل في الكروموزوم ١٥ بصورة متفرقة أو متقطعة في كل ١٠٠٠٠ ولادة ، وهؤلاء يتصفون بالشره الانـدفاعي في تناول الطعام ، مع السمنة المفرطة والتخلف العقلي وقصر القامة وصغر اليدين والقدمين والخمول أو نقص التوتر Hypotonia مع مشكلات سلوكية أخرى .

٤ – زملة مواء القطط Cates Cry (Cri - du - chat) Syndrome :

ويحدث نتيجة حدوث قصور في جزء من الكروموزم ٥ ، وتبدو عليهم مظاهر الاضطراب الكروموزومي مثل صغر الدماغ ، وهبوط وضع الأذنين وزيادة التباعد بين الأطراف Hypertelorism وصغر الفك الأسفل Micrognathia ، ويأتي سلوك الصراخ كمواء القطط نتيجة لإضطراب في الحنجرة والذي يجعلنا نطلق عليه زملة مواء القطط ولكن هذا المواء يختفي مع النمو .

٥ - الفينايل كيتون يوريا Phenylketonuria :

وجاء وصف هذا النوع على يد الطبيب افر فولنج Ivar Folling عام ١٩٣٤ كاضطراب في عملية الأيض ، ويشيع حدوثه بنسبة ١ من ١٠٠,٠٠٠ إلى ١٥,٠٠٠ ولادة ، وإذا أصيب الطفل الأول بهـذا الاضطراب يكون احتمـال وجـوده في الطفل الثاني بنسبة ١ – ٤ أو خمس من كل ولادة ناجحة .

ونتيجة للاضطراب الميتابولي يؤدي تراكم حمض الفنايل آلين في خلايا المخ ويسبب تلف في هذه الخلايا مما يحدث التخلف العقلي ، وتظهر مظاهر التخلف العقلي مع صعوبات في المشي ، وقصور في القدرة على الكلام مع زيادة في الحركة ، وتكون رائحة الجسم كريهة . وغالباً ما يصابون بنوبات صرعية .

ويمكن مع التحاليل المبكرة للبول اكتشاف المرض وتنظيم عمليات التغذية حتى تقل نسبة الفنايل آلين في الدم حتى لا تصيب خلايا المخ ، وينمو الطفل بشكل طبيعي .

٦ – اضطراب ريت Rett's Disorder :

واكتشفه اندرياس ريت Andreas Rett عام ١٩٦٦ وهو من الزملات المسببة للتخلف العقلي لدى الإناث نتيجة لخلل في الجين X ويتسم بقصور عصبي وتدهور

فى مهارات التواصل والسلوك الحركى والوظائف الاجتماعية ، ويبدأ بعد السنة الأولى من العمر ، ويتسم بالسلوك الذاتوى أو التوحدى مع الإختلاج العصبى أو الإهتزاز وحركة اليدين المتواترة وانحناء الفقرات أو اعوجاجها Scoliosis وحدوث نوبات صرعية مع اضطراب المشى .

٧ – **مرض البول ذو رائحة شراب القيقب** Maple Syrup Urine Disease :

ويظهر فى الأسبوع الأول من العمر ، ويبدأ تدهور الطفل بسرعة ، ويحدث صعوبة فى التنفس مع نوبات صرعية ، ونقص السكر فى الدم ، وإذا لم يتم اكتشافهم وعلاجهم فإن الطفل يموت فى الشهر الأول ، ويتسبب عن تجمع أحماض أمينية مثل الفالين والليوسين والأيزوليوسين ، وغالباً ما يحدث الإختلاج الحركى (التشنج) ataxia مع تخلف عقلى خفيف .

٨ **مرض تاى ساك** Tay Sache Disease :

وهو يحدث نتيجة تراكم الدهنيات فى المخ ويسبب ضمور دماغى يسبب تلف العصب البصرى ، وربما يسبب العمى التام مع الصرع والتخلف العقلى والتشنجات ، ويسمى أيضاً ، بمرض التصلب الدرنى ، وينتشر فى العائلات اليهودية بشكل خاص نتيجة للزواج الداخلى واضطراب النظام الغذائى ، وقد يؤدى إلى الموت قبل الثالثة أو الرابعة من عمره .

٩ – **الأورام العصبية الليفية** Neurofibromatosis :

ويحدث نتيجة لخلل جينى سائد ، والذى قد يكون موروثاً أو منشأً ، ويحدث الاضطراب من ١ – ٥٠٠٠ حالة ولادة ، ويتميز بوجود بقع بلون القهوة باللبن (البنى الخفيف) على الجلد ، وورم وتليف العصب السمعى والبصرى ويتسبب فى حدوث تخلف عقلى متوسط .

١٠ – **التصلب الحبيى** Tuberus Sclerosis :

ويحدث نتيجة للخلل الجينى ويسبب التخلف العقلى ، ويحدث فى ١ من ١٥٠٠٠ شخص ، كما يسبب النوبات الصرعية وتشنجات طفلية فى الست شهور الأولى ، وتظهر بثور على الوجه وجمرات حمراء على هيئة فراشة ، ويرتفع معدل الذاتوية Autism بصورة أكثر من الضعف العقلى .

١١ – زملة ليش نيهان Lesch - Nyhan Syndrome :

وهى اضطراب نادر الحدوث نتيجة خلل فى إنزيمات الأيض ، ويرتبط بالجين X ، ويصاب الطفل بالتخلف العقلى وصغر الدماغ والصرع والمشى الملتوى الذى يشبه الحركة الدودية Chareoathetosis والتشنج ، كما يصاحب هذا المرض حالة من الاندفاعية الشديدة لتشويه الفرد لنفسه من خلال عض نفسه وقضم أصابعه.

١٢ – الاستسقاء الدماغى Hydrocephalus :

توجد احتمالات وراثية للإصابة بالاستسقاء الدماغى أو سبب عضوى آخر يؤدى إلى انسداد أو ضيق فى قناة سيلفيوس Aqueduct of sylvius وهذه القناة مسئولة عن توصيل السائل الشوكى من الدماغ إلى النخاع الشوكى ، ويؤدى الإنسداد إلى احتقان السائل ، وإحداث انتفاخ فى حجم الجمجمة ، مما يجعله يضغط على المخ، ويؤدى إلى تلف الخلايا العصبية ، ويكون حجم الجمجمة كبيراً قد يصل إلى ٧٥ سم ، ويكون جلد الرأس مشدوداً على سطح الجمجمة ، وتختل الحواس البصرية والسمعية مع نوبات الصرع واضطراب التوافق الحركى ، ويمكن علاج هذه الحالات بالتدخل الجراحى حيث تنتظم مسارات السائل الشوكى لكنه يتسبب فى التخلف العقلى نتيجة ضمور أو تلف خلايا المخ .

١٣ – تخلف عقلى ناتج عن الإضطراب الهرمونى أو الغدى : القصاع أو القماءة Cretinism :

وهى حالة من حالات اضطراب إفراز الغدة الدرقية نتيجة لضمورها وفشلها فى النمو السوى الذى قد يعود لأسباب وراثية أو لأسباب أخرى مثل الأمراض المعدية مثل الحصبة والسعال الديكى . مما يعوق عملية النمو ، وتظهر الأعراض بعد ستة أشهر مثل بروز اللسان وتضخمه وجفاف الجلد وخشونته وانتفاخ الجفون وتباعد العيون وبروز البطن وغلظة الصوت وتقوس الساقين وبطأ الحركة ، ولا يزيد طوله عن ثلاثة أقدام مع عدم اتزان حجم الرأس مع الجسم ، حيث يكون رأسه مفرط فى الكبر وتفرطح مع قصر الرقبة ويسبب التخلف العقلى الشديد ، وإذا ما تم الإكتشاف المبكر للحالة فإن علاجها ممكن حيث تتحسن الهيئة البدنية ومسارات النمو الأخرى ، ولكن تستمر حالة التخلف العقلى .

ثانياً : تخلف عقلي ناتج عن اضطرابات لدى الأم أثناء الحمل :

أ – عامل الريزوس Rhesus Factor :

ويحدث نتيجة عدم توافق دم الجنين ودم الحامل ، حيث يكون عامل الريزوس من مكونات الدم التى تتحدد وراثياً وتنتقل هذه الحالة من الأم إلى الطفل إذا كان العامل الإيجابى +Rh سائداً لدى الأب وتحمل الأم العامل سالب -Rh فيولد الطفل بعامل إيجابى +R حيث تحدث الخطورة التى تسبب التخلف العقلى لأن الأم ستغذى الجنين بدم سالب به أجسام مضادة .

ويسبب هذا التسمم الريزوسى حالة من الكسل ، وفقر الدم ، وازدياد الصراخ والتشنجات ، وإذا ما تم اكتشاف هذه الحالة من خلال التحاليل الأولية للأم فيمكن تجنب الإصابة ، وبعد الميلاد يمكن علاج هذه الحالة فى الأسابيع الست الأولى عن طريق نقل دم مخالف للعامل السائد ، ويكون هناك أمل فى بقاء الطفل حياً وسليماً .

ب – الأمراض المعدية التى تصاب بها الأم أثناء الحمل :

١ – الحصبة الألمانية : German Measles :

إذا أصيبت الأم فى الشهور الثلاث الأولى من الحمل بهذا المرض يزيد تعرض الطفل للإصابة بالقصور العقلى والصمم والبكم ، ولذا ينصح بالإجهاض فى مثل هذه الحالات . (أحمد عكاشة ، ١٩٩٨) .

٢ – الزهرى الولادى : Congenital Syphilis :

يؤدى إصابة الأم بالزهرى إلى إصابة الجنين حيث يولد ولديه ضمور فى خلايا المخ ، وتبدو عليه علامات التشويه فى الأسنان والحواس والجلد مع مظاهر التخلف العقلى .

٣ – طفيليات التوكسوبلازما : Toxoplasmosis :

يؤدى طفيل التوكسوبلازما الذى ينتقل من القطط إلى الأم إلى حدوث تشوهات خلقية لدى الجنين مع التخلف العقلى .

جـ – إصابات متنوعة للجنين أثناء الحمل :

ومن هذه الإصابات تناول الأم لأدوية محظورة تؤثر على الجنين فى الشهور الأولى للحمل وتعرضها للأشعة الذرية أو أشعة إكس أو تعرضها لتأثير كهرباء الضغط العالى ، وإصابة الأم بالأنيميا وسوء التغذية ، وتعرضها للصدمات والحوادث التى تسبب إتلاف فى خلايا المخ لدى الجنين وتسبب حالات مختلفة من التخلف العقلى .

ثالثاً - تخلف عقلي نتيجة الولادة :

تسبب الولادة العسرة الكثير من المشكلات التي قد تسبب حالات من التخلف العقلي مثل الإختناق أثناء الولادة الذي يؤدي إلى نقص الأكسجين في الدم ، مما يسبب تدمير خلايا المخ ، وكذلك الضغط الشديد على الجمجمة قد يؤدي إلى تلف المخ، وقد يؤدي إلى إصابة الطفل بالجروح من جراء عمليات التوسيع للولادة والنزيف الذي يسبب حالات من القصور العقلي ، وقد يصاب الطفل بالتسمم من أدوات الولادة غير المعقمة أو في حالات الولادة المنزلية على يد غير المتخصصين يؤدي إلى إصابات في رأس المولود ، وقد تسبب حالات من التخلف العقلي .

رابعاً - تخلف عقلي ناتج عن إصابة الطفل بالعدوى والأورام والتسمم:

تؤدي الإصابة بالأمراض المعدية التي تسبب الحمى مثل الإلتهاب السحائي والحمى القرمزية وأورام المخ إلى حالات من التخلف العقلي .

كما يؤدي التسمم باستنشاق المواد المتشبعة بمركبات الرصاص أو الإصابة الفمية بمركبات الزرنيخ إلى حدوث تلف في المخ ، ويؤدي إلى التخلف العقلي أو قد تحدث الإصابة نتيجة تناول الأم لمواد ضارة مثل المخدرات والخمر أثناء الرضاعة.

خامساً - تخلف عقلي ناتج عن صدمات الرأس :

يؤدي وقوع الطفل على رأسه من أماكن مرتفعة وتعرضه للصدمات الشديدة والحوادث إلى نزيف داخلي في الرأس يؤدي بدوره إلى تلف خلايا المخ مما يسبب حالات من التخلف العقلي .

سادساً- تخلف عقلي ثقافي :

يحدث التخلف العقلي الخفيف في بعض الحالات التي تتعرض للحرمان الثقافي لدى الجماعات ذوي المستويات الاقتصادية والاجتماعية المتدنية حيث تتعادل مستوياتهم العقلية مع مستويات التخلف العقلي البسيط على الرغم من عدم وجود أساس عضوي ، فحرمان الطفل من الحركة واللعب والنشاط يجعل آليات النظام المعرفي للطفل خاملة لا تستخدم ، مما يجعلها عاجزة عن متابعة الارتقاء الوظيفي ، كما أن وضع الطفل في بيئة لغوية وثقافية غير بيئته يسبب نوعاً من العزلة وعدم التفاعل الذي يكسبه الخبرات ، وقد تتكون لديهم مظاهر التخلف العقلي لإنفصالهم عن مجتمعهم الأصلي ، ويحدث هذا في مجتمعات المهاجرين إلى الدول الجديدة مثل أمريكا واستراليا وكندا . كما تشير البحوث إلى أن الأبوين المصابين باضطرابات عقلية

أو مزاجية أو مدمنى الخمور والمخدرات لا يولون الأطفال الرعاية اللازمة مما يجعل الأطفال فى عزلة تسبب لهم حالة من التخلف العقلى .

معايير تشخيص التخلف العقلى طبقاً لدليل التشخيص الإحصائى الأمريكى الرابع DSMIV:

أ – درجة على مقياس الذكاء أقل من المعدل ٧٠ .

ب – تدهور واضح فى الوظائف التكيفية طبقاً لمعايير السلوك التكيفى لدى الأقران غير المتخلفين عقلياً فى نفس الجماعة الثقافية وخاصة فى ظهور الاضطراب فى اثنين على الأقل مما يلى : التواصل ، العناية بالذات ، والسلوك المنزلى ، مهارات التوافق الاجتماعى ، التعامل مع الخبرات المعاشة ، التوجه الذاتى ، مهارات التحصيل الأكاديمى ، العمل ، الإهتمامات وشغل أوقات الفراغ ، الصحة والأمان .

ج – أن تحدث هذه المظاهر قبل سن ١٨ (DSMIV, p.40)

مستويات التخلف العقلى :

– تخلف عقلى خفيف من ٥٠ – ٥٥ إلى ٧٠ درجة تقريباً على مقياس ذكاء مقنن ثقافياً .

– تخلف عقلى متوسط من ٣٥ – ٤٠ إلى ٥٠ – ٥٥ درجة تقريباً على مقياس ذكاء مقنن ثقافياً .

– تخلف عقلى شديد من ٢٠ – ٢٥ إلى ٣٥ – ٤٠ درجة تقريباً على مقياس ذكاء مقنن ثقافياً .

– تخلف عقلى عميق أقل من ٢٠ أو ٢٥ درجة .

– حالات من التخلف العقلى غير المحددة تكون شديدة وغير قابلة للقياس باختبارات عقلية مقننة .

العلاج والوقاية من التخلف العقلى :

يعد مجرد حدوث حالات التخلف العقلى بمثابة البداية لكارثة أسرية وطبية وتعليمية، ففى الحالات الوراثية يصعب التدخل الطبى أو النفسى ويتطلب الأمر رعاية فائقة لاستثمار ما يمكن استثماره من قدرات عقلية داخل المؤسسات التأهيلية . أما فى

الحالات غير الوراثية فيمكن التدخل العلاجي الجراحي أو الدوائي لتحسين عمليات الأيض أو النظام الغذائي بالإشراف والمتابعة مع وضع برامج تأهيلية مكثفة لتحسين أحوال هذه الفئات .

وفي الحالات الخفيفة يمكن تحسين القدرة على التعلم والقدرة على التدريب وتخفيف المظاهر الانفعالية والسلوكية المضطربة ببرامج تأهيلية مناسبة .

وفي حالات التخلف الثقافي يمكن تكثيف برامج التعليم والتدريب ودمج الأطفال في بيئاتهم الأساسية للتعامل واكتساب الخبرات ، وتحسين مستوياتهم العقلية والتحصيلية والمعرفية .

وتعد الوقاية أهم الإجراءات التي يمكن من خلالها تجنب ولادة طفل من المتخلفين عقلياً من خلال .

- فحوص المتزوجين قبل الزواج ، وخاصة الأقارب ، وفحص التاريخ العقلي لأسرة الزوج والزوجة لتجنب حدوث ولادة ذات بعد وراثي في حالات التخلف العقلي .
- المتابعة الصحية لدى أطباء النساء والتوليد المتخصصين وعمل التحاليل الطبية المناسبة ومتابعة نمو الجنين داخل الرحم ، وتسهيل عمليات الولادة لتجنب الإصابات .
- توعية الأم بعدم تناول المواد الضارة أو الأدوية المسببة لتشوهات الجنين أو الرضيع ، وعدم تعرضها للأشعة الذرية أو غيرها وابتعادها عن مناطق التلوث والعدوى .
- متابعة الرعاية الصحية الأولية وتنبيه وتحسين حالة الطفل المولود وابتعاده عن مصادر العدوى والتلوث والتسمم والصدمات .
- وضع الطفل في عالم ثقافي مناسب وتنبيه وتحريك قدراته المعرفية والحركية ، وتنشيط الآليات الوظيفية للحواس والإدراك ومتابعة نموه طبقاً لمعايير النمو السوي وتجنب العزلة والحرمان الثقافي .



الفصل الثانى

اضطرابات التعلم
اضطرابات التواصل



اضطرابات التعلم Learning Disorder

وتشمل زملة إضطرابات التعلم أو اضطراب التحصيل الأكاديمي ثلاثة أنواع من الاضطرابات وهي : اضطراب القراءة واضطراب القدرة الحسابية والكتابة التعبيرية.

المظاهر التشخيصية :

يتم تشخيص اضطرابات التعلم عندما ينخفض معدل الطفل عن المستويات المعتادة أو المتوقعة على اختبارات القراءة والحساب والكتابة التعبيرية طبقاً للعمر والمستوى الدراسي ومعدل الذكاء .

ويصاحب اضطرابات التعلم العديد من المظاهر مثل عدم الامتثال القيمي ، انخفاض تقدير الذات ، ونقص في المهارات الاجتماعية فضلاً عن الفشل الدراسي ، وبالتالي تراجع فرص العمل المستقبلية ، وقد تكون اضطرابات التعلم مصاحبة لإضطرابات المسلك والتوافق وتشتت الإنتباه وفرط الحركة أو النشاط الزائد ، والاضطرابات الاكتئابية .

التشخيص الفارق :

وينبغي تمييز اضطرابات التعلم عن التغيرات العادية الطارئة على التحصيل الدراسي بالزيادة والنقصان ، وعدم وجود فرصة للتعلم أو لعوامل ثقافية خاصة ، أو يكون التعلم ذو طبيعة خاصة بمعنى تعلم لغة ثانية أو ثالثة لا يكون مكافئاً للتحصيل باللغة الأولى المتداولة ، كما ينبغي أن يتميز عن التخلف العقلي والعمى والصمم واضطرابات التواصل . وفي الغالب ما يتم تشخيص اضطرابات القدرة على الحساب والكتابة التعبيرية متلازماً مع اضطراب القراءة . (DSMIV, p. 49) .

أولاً : اضطراب القراءة

يشكل المظهر العام لاختلال القراءة هو خلل في ارتقاء مهارات القراءة لا تعود إلى العمر العقلي أو مشكلة الإبصار أو عدم كفاية المادة التعليمية ، وكثيراً ما يصاحب

اضطراب القراءة صعوبات في الهجاء مع الارتقاء المحدود في حصيلة الكلمات والإستخدام المفرط لمجموعة صغيرة من الكلمات العمومية وصعوبة في اختيار كلمات بديلة مناسبة وقصر فترات الكلام والعجز عن استخدام الأشكال النحوية مثل حروف الجر والضمائر ولام التعريف وتبدلات بين الفعل والإسم وصعوبة في ترتيب الجمل والسلاسة اللغوية . (أحمد عكاشة ١٩٩٨ ، ص ٦٠٩) .

معايير تشخيص اضطراب القراءة

أ – انخفاض مستوى القراءة عن المستوى المتوقع أو المعتاد لدى العاديين وعن مستوى التحصيل ومستوى الذكاء .

ب – يتعارض الاضطراب السابق (أ) مع التحصيل الأكاديمي والأنشطة اليومية التي تحتاج مهارات القراءة .

جـ – إذا كان هناك قصور حسي كالعمى والسمع فإن الاضطراب يتزايد ويكون مصاحباً لهذ القصور .

ثانياً : اضطراب القدرة على الكتابة التعبيرية

يشكل اضطراب القدرة على الكتابة التعبيرية مظهراً من مظاهر اضطرابات التعلم ، وينبغي أن يكون الاضطراب محدداً بمقاييس موضوعية وفقاً للأداء الأكاديمي حيث يكون الاضطراب في معدلات أقل مما هو متوقع طبقاً للمستوى العقلي والدراسي والمستويات العمرية مع الأخذ في الإعتبار إذا كان هناك عيوب حسية سمعية أو بصرية أو حركية في اليدين ، فإن معدلات الاضطراب يتزايد ، كما أن هذا الاضطراب يتعارض مع متطلبات الأداء الدراسي والأنشطة اليومية المعتادة التي تتطلب مهارات الكتابة . ومن المظاهر التشخيصية لإضطراب الكتابة هو كثرة أخطاء الكتابة في القواعد النحوية وعلامات الترقيم ، وقصور في تنظيم الجملة ، وصياغة الفقرات ، وكثرة الأخطاء الإملائية .

معايير تشخيص اضطراب القدرة على الكتابة التعبيرية :

أ – انخفاض مستوى الكتابة التعبيرية على المقاييس الموضوعية عن المستوى المتوقع لعمر الطفل ومستواه العقلي والدراسي .

ب – يتعارض الاضطراب السابق (أ) مع الأداء الأكاديمي أو الأنشطة اليومية التي تتطلب كتابة أو تأليف نصوص مكتوبة مثل موضوعات التعبير (وخاصة سلامة بناء الجملة وتناسق الفقرات) .

جـ - إذا وجد قصور حسي فإن هذه المظاهر تتزايد أو تكون مصاحبة للقصور الحسي.

ثالثاً : اضطراب القدرة الحسابية :

المظاهر التشخيصية :

يشكل الاضطراب الإرتقائي في المهارات الحسابية المظهر التشخيصي الرئيسي لهذا الاضطراب ، ولا يمكن اعتباره ناتجاً عن التخلف العقلي أو نقص المهارات التربوية أو عدم وجود فرصة للتعليم ، ويتم التشخيص عندما تظهر الأعراض على الطفل بانخفاض أداءه الحسابي إنخفاضاً دالاً عن المعايير العمرية المتوقعة في اختبارات الحساب ، وأكثر هذه الاضطرابات شيوعاً لدى الأطفال هي صعوبات التعرف على الرموز العددية أو الحسابية ، والصعوبة في تنظيم سلاسل الأعداد خلال العمليات الحسابية ، وافتقاد خانات الأرقام والخلط بين الأرقام الفردية والعشرية والمئوية وصعوبة تجميع الأشياء في أنساق ، وعدم القدرة على استخدام الرموز الرياضية مع مشكلات في عمليات الضرب والقسمة .

(لويس مليكه ، ١٩٩٨ ، ص ٣٣).

معايير تشخيص اضطراب القدرة الحسابية :

أ - انخفاض مستوى القدرة الحسابية على المقاييس المقننة أو عن معدلات التحصيل المتوقعة من أقران الطفل ومستواه العقلي والمنهج الرياضي المدرسي المناسب.

ب - يتعارض الاضطراب السابق (أ) مع التحصيل الأكاديمي والأنشطة اليومية المعتادة والتي تتطلب قدرات حسابية .

جـ - إذا كان هناك قصور حسي سمعي أو بصري يتزايد اضطراب القدرة الحسابية حيث تكون مصاحبة للقصور الحسي .

علاج اضطرابات التعلم :

تتجه البحوث الإكلينيكية في ميدان علم النفس التربوي إلى تأكيد أهمية إعادة صياغة المناهج وأساليب التعلم ووسائله بما يتناسب مع الذين يعانون صعوبات التعلم ، فالكثير من الأطفال في بداية قراءاتهم الأولى لا يستطيعون الفصل التام للكلمات المنطوقة إلى مكوناتها من الأصوات كما يجدون صعوبة في التحليل والتركيب ، وبالتالي لا ينمو لديهم الإحساس بالجملة نتيجة لعدم تكثيف التعلم وتكرار الهجاء

لاكتساب المهارة مع وضع برامج تدريبية خاصة في القراءة والكتابة والحساب ، وقد تعود اضطرابات التعلم إلى مشكلات أسرية أو مدرسية ، فالطفل الذى لا يتوافق مع المدرسة قد يرفض ما يطلبه المعلم ، وتتحرك بنيته اللاشعورية لإفساد القواعد الشعورية ، فضلاً عن كون التعليم يعد نوعاً من التكليف الذى قد يكون بالقوة ، ولا يأتى طواعية ، ولا توجد الوسائل والبرامج النفسية التى تجعل الأطفال يتوافقون مع ما يقدم إليهم من برامج دراسية ، فالاندماج فى جماعات اللعب الطفلى والغناء الجماعى ، وبث روح التنافس واستخدام التدعيم الإيجابى قد يأتى بنتائج إيجابية فى تحسين أداء المضطربين الذين يحتاجون إلى رعاية خاصة . كما نتجه البحوث التربوية إلى تأكيد دور البرامج الحديثة باستخدام الكمبيوتر التى تساعد الطفل على تحسين قدراته . (لويس مليكه، ١٩٩٨ ، Kaplan & Sadaock, 1998) .

اضطرابات التواصل Communication Disorder

تشكل اللغة الوسيلة الأساسية للتواصل الإنسانى ، فعبر اللغة يتكون الإنسان نفسياً واجتماعياً ، ويتمحور وجوده حول اللغة التى اكتسبها ، هذه اللغة التى تصيغ الشخصية الإنسانية ، وتحرك وجوده نحو الآخرين ، وطبقاً للخبرات اللغوية المكتسبة يتعلم الطفل اسمه وحدود وجوده ، وقواعد القرابة ، وقواعد السلوك والقيم والعادات الاجتماعية والاعتقاد الدينى ، وكل ما يمكن أن يشكل ظاهرة نفسية إنسانية ، فمنذ بداية ميلاده يعلن بصوته (صراخه أو بكاؤه) عن وجوده ينادى منذ البداية على الأم وعلى الآخرين الذين يسعفونه من آلامه وجوعه واضطرابه . ولذا فكل اضطراب نفسى هو اضطراب فى اللغة ، فالفروق بين الشخص العادى والشخص المجنون أو الذهانى هو فروق فى مظاهر اللغة ، فلدى العاديين يستخدم الفرد لغة اصطلاحية مفهومة يتواصل بها مع نفسه ومع الآخرين ، أما لدى الذهانيين والمضطربين فإنهم يستخدمون لغة غير مفهومة وغير اصطلاحية حتى أنه يسمى نفسه والآخرين بأسماء من وحى جنونه ، ولا يعرف القانون أو الحدود أو يراعى القيم والعادات الاجتماعية ، والفرق الأساسى بين السوى والمضطرب هو اضطراب فى تواصله مع نفسه ومع الآخرين.

وتتطور اللغة عند الطفل وفقاً لنمو جهاز النطق ونمو إدراكه العقلى لاكتساب المفردات والقواعد اللغوية .

وتشكل إضطرابات التواصل عند الطفل اضطراب فى ارتقاء اللغة الذى يتمثل فى :

١ - اضطراب فى التعبير اللغوى .
٢ - اضطراب فى الإستقبال اللغوى .
٣ - اضطراب فى الأصوات اللغوية .

اضطراب التعبير اللغوى : Expressive Language Disorder :

المظاهر التشخيصية :

يشكل قصور القدرة على التعبير اللغوى الملمح الإكلينيكى الأساسى لهذا الاضطراب ، حيث يحدث القصور بانخفاض معدلات الطفل فى قدرته على المقاييس العقلية غير اللفظية وفى نمو القدرة على استقبال اللغة ، وقد تعود صعوبة الاتصال اللغوى نتيجة إلى قصور فى كل من اللغة المنطوقة ولغة الإشارة ، مما يجعل التعبير

اللغوى متعارضاً مع التحصيل الأكاديمى والتواصل الاجتماعى .

ويجب أن يقتصر التشخيص على الحالات التى تتجاوز فيها درجة القصور فى اللغة الإستقبالية حدود الإختلافات الطبيعية بالنسبة لعمر الطفل العقلى .

ويشيع فى هذه الحالة عيوب فى إصدار الأصوات الكلامية . قصور فى استخدام المفردات وصعوبة فى اكتساب كلمات جديدة ، وصعوبة فى استخدام بدائل الكلمات أو المفردات ، وقصور فى تكوين الجمل واستخدام القواعد النحوية ، واستخدام أنظمة شاذة للجملة ، وألفاظ غير معتادة وبطء فى النمو اللغوى ، فى الوقت الذى تكون فيه الوظائف غير اللغوية على مقاييس الذكاء الأدائية فى المعدلات السوية وأيضاً مهارات فهم اللغة تكون فى المستوى الطبيعى .

ويمكن لهذا الاضطراب أن يكون اضطراباً مكتسباً أو ارتقائياً (نمائياً) ، ففى الحالات المكتسبة يحدث قصور القدرة على التعبير اللغوى بعد مشكلات عصبية أو طبية عادة مثل (التهاب الدماغ ، وصدمات الرأس ، الإصابات الإشعاعية) . أما فى الحالات الارتقائية (النمائية) يحدث قصور القدرة على التعبير اللغوى دون أن تكون هناك مشاكل عصبية معروفة السبب ، وأطفال هذه الحالات غالباً ما يتأخرون فى الكلام بصورة أبطأ من أقرانهم . (DSMIV, p. 55)

العلاج :

ينبغى أن يركز العلاج على خلق نوع من التنافس الاجتماعى وتطوير مهارات التعبير اللغوى وتحسين أساليب التواصل والتفاعل الاجتماعى من خلال استخدام الكلمات ، ووضع برامج للعلاج اللغوى من خلال تمارين تدعيمية للأصوات وتكوين الكلمات والجمل بهدف زيادة الحصيلة اللغوية من العبارات ، مع الأخذ فى الإعتبار الإرشاد التدعيمى للأسرة لخفض التوتر الأسرى الناتج عن وجود طفل لديه مشكلة فى التعبير اللغوى ، والذى ينعكس على الأبوين بمشاعر الغضب أو الإرتباك والتوتر مما يجعلهم يركزون على الطفل لفرض التعبير اللغوى فى الوقت الذى لا يستطيع فيه الطفل الوفاء بما يريده الآباء . وفى الغالب نحتاج إلى متخصصين فى اضطرابات التواصل أو التخاطب لتحسين مهارات التعبير اللغوى فضلاً عن تدخلات من قبيل تخفيض القلق أو مشاعر الذنب والدونية التى قد تكون مرتبطة بمثل هذه الحالات .

اضطراب الإستقبال والتعبير اللغوى :

Mixed Receptive - Expressive Language Disorder

وهو اضطراب يعجز فيه الطفل عن استخدام مهارات اللغة الإستقبالية والتعبيرية بعد أن يكون قد حقق ارتقاءاً لغوياً طبيعياً وقدرة عقلية غير متدهورة.

المظاهر الإكلينيكية التشخيصية :

يشكل حدوث قصور الفهم ملمحاً أساسياً لهذا الاضطراب ، حيث لا يستطيع الطفل تركيز الإنتباه ، ويبدو مشتتاً ، ويفهم الأوامر على نحو خاطىء ، ويستجيب بردود غير مناسبة للسؤال ، وقد يقلب حروف الكلمات ، وتزداد لديه مظاهر الثرثرة ، وتضطرب لديه مهارات المحادثة أو التخاطب فضلاً عن اضطراب المعلومات الحسية خاصة فى العمليات الحسية السمعية ، كما يعانى من صعوبة الإستجابة الحركية المناسبة والسمعية مع اضطراب فى الصوت والقدرة على القراءة وقصور فى إدراك الكلام وقصور فى القدرة على التذكر ، وقد يكون هذا الاضطراب مصحوباً بتشتت الإنتباه وزيادة الحركة وعدم التناسق النمائى والتبول اللاإرادى .

ويصيب هذا الاضطراب الأطفال من ٣ - ٩ ويكون مصحوباً بنوبات شاذة فى كهربية المخ كما يتضح فى رسم المخ الكهربائى مع حدوث نوبات صرعية.

العـلاج :

يمكن استخدام الاستراتيجيات العلاجية لعلاج اضطراب القدرة التعبيرية اللغوية مع حالات اضطراب الاستقبال والتعبير اللغوى فضلاً عن تكثيف الإرشاد النفسى للأبوين والعمل على تحسين صورة الذات لدى الطفل وتطوير مهاراته الاجتماعية.

اضطراب النطق الإرتقائى : Developmental Phonolgical Disorder

المظاهر التشخيصية:

يشكل الفشل فى استخدام النطق الإرتقائى ملمحاً أساسياً لهذا الاضطراب ، ويظهر من خلال عدم وضوح أصوات الكلام بصورة متكررة مما ينتج عنه أصوات شاذة إذا قورنت بأصوات كلام أطفال آخرين من نفس الفئة العمرية واللغوية ، وقد يشمل الاضطراب فى نطق صوت كلام واحد (مقطع صوتى) أو عدة أصوات كلام ، وقد يكون الكلام مفهوماً تماماً أو جزئياً أو غير مفهوم ، ولا توجد مؤشرات على الشذوذ العصبى أو العقلى أو السمعى.

ويوضح الجدول التالى الملامح الإكلينيكية لإضطراب النطق الإرتقائى :

الملامح الأساسية	الملامح المرتبطة
– عيوب فى نطق حرف أو مقطع أو أكثر إذا قورن بنطق الآخرين فى نفس السن واللهجة.	– ملامح ارتقائية أخرى للتأخر مثل بطء الكلام والتبول اللاإرادى وصعوبات التعلم وخاصة القراءة.
– مستويات الذكاء والقدرة السمعية وأنظمة آليات الكلام (الجهاز الصوتى) فى حدود السواء	التهتهة .
– فهم اللغة واستخدامها فى التواصل والقدرة على تكوين الجمل والتعبير عن المفاهيم تكون فى حدود السواء بالنسبة للمستوى العمرى.	– مشكلات اجتماعية وانفعالية بما فى ذلك القلق ومشكلات الأقران واضطراب صورة الذات. – مشكلات سلوك أو تعلم بما فى ذلك قصور الإنتباه والتركيز السمعى أو قصور التمييز.

(لويس مليكه ١٩٩٨ ، ص ٣٥٨)

العلاج :

يعد علاج التخاطب أنجح العلاجات لكل أخطاء النطق وخاصة بعد سن الثامنة عندما تصبح مشكلة النطق مسببة لمشكلات مع الأقران ، ومشكلات خاصة بالتعلم واضطراب صورة الذات . ولذا ينبغى أن يركز العلاج على إدماج الطفل فى الجماعات السوية وتطوير عمليات التفاعل الاجتماعى وتنشيط المهارات الاجتماعية وإرشاد الأبوين لملاحظة ومتابعة تطور تحسن حالة النطق لدى الطفل .

التأتأة أو التهتهة Stuttering :

التأتأة أو التهتهة أو اللجلجة هو نوع من اضطرابات النطق ، حيث يتعثر الطفل فى إطلاق كلامه بسلاسة مثل :

١ – تكرار الصوت أو مقطع من الصوت أكثر من مرة .
٢ – الإطالة في الصوت .
٣ – التعجب والإستغراب .
٤ – كسر الكلمات .
٥ – الصمت والتوقف أثناء الكلام .
٦ – الدوران حول معنى الكلام .
٧ – التوتر الحركي والفسيولوجي أثناء النطق.
٨ – تكرار المقطع الأولى من الكلمات مثل أأأنا ، أو أس أس أس كت.

وفي الغالب ما تكون هذه المظاهر واضحة مع سلامة أجهزة النطق والعمليات العقلية الأخرى ، وفي الغالب ما تعود هذه الحالة لأسباب نفسية في الوقت الذي تصاحب هذه الحالة محاولات من جانب المصاب لتجنب التهتهة بإبطاء كلامه ، وتجنب الكلام العادي يجعله يتأنئه ، وتجنبه للمحادثات التليفونية والحديث أمام جمع من الناس . وربما تكون التأتأة مصحوبة بحركات في العينين وارتعاش الشفتين والوجه واللزمات الحركية ، واهتزاز اليدين وحركة التنفس ، ويبدو على الشخص علامات التوتر والقلق مع إمكانية حدوث قصور في الوظائف الاجتماعية نتيجة للقلق والإحباط وإنخفاض تقدير للذات .

العــــــلاج :

تنظر الإتجاهات العلاجية الحديثة إلى التأتأة كاضطراب مكتسب لا يرتبط بالضرورة باضطرابات في الجهاز الكلامي أو القدرات العقلية ، وتتوجه الأساليب العلاجية مباشرة لتخفيض حدة الاضطراب ، باعتبار أن التأتأة ليست عرضاً ، وإنما سلوك يمكن تعديله من خلال تعليم الفرد كيفية التحكم في النطق من خلال عمليات التدريب التدريجي وخفض ردود الفعل الانفعالية والخوف من معاودة التأتأة ، كما يمكن التدخل بإعادة تشكيل الكلمات التي يتعثر فيها الشخص مع التركيز على مهام سلوكية متنوعة تتضمن خفض معدل التأتأة ، سهولة النطق ، والإنتقال السهل من الكلمة إلى الأخرى.



الفصل الثالث

الاضطرابات الارتقائية المنتشرة



الفصل الثالث

الاضطرابات الارتقائية المنتشرة

Pervasive Developmental Disorder

وهي مجموعة من الاضطرابات تتصف باختلالات شديدة ومنتشرة في العديد من النواحي الارتقائية مثل مهارات التفاعل الاجتماعي ومهارات التواصل ، والسلوك النمطي ، والإهتمامات والأنشطة ، وتنتشر بنسبة ١٠ – ١٥ طفل كل عشرة آلاف ، (أحمد عكاشة ١٩٩٨ ، ص ٦٢٢) . وتظهر في السنة الأولى من العمر وغالباً ما تكون هناك درجة من التخلف العقلي .

ولسوف نعرض في هذا القسم ، لاضطرابات الذاتوية أو التوحدية ، واضطراب ريت واضطرابات التفكك أو التحلل واضطراب أسبرجر . (DSMIV, p. 55) .

١ – اضطراب الذاتوية أو التوحد Autistic Disorder

تشير الذاتوية إلى أن الطفل يكون في نفسه ومع نفسه ، ويكاد ينعدم التواصل الاجتماعي سواء باللغة أو باللعب الخيالي أو الرمزي ، فهم لا يستطيعون رعاية أنفسهم، مع تكرارهم الدائم لسلوك واحد أو عدة سلوكيات نمطية . ومازالت الأسباب العضوية لهذه الحالات غير معروفة .

معايير التشخيص طبقاً لدليل التشخيص الإحصائي الأمريكي الرابع DSMIV

أ – كل المظاهر الستة التالية أو أكثر من المعيار ١ ، ٢ ، ٣ مع اثنين على الأقل من المعيار (١) وواحد على الأقل من كل من ٢ ، ٣ .

١ – اختلال واضح في التفاعل الاجتماعي والذي يتبدى في اثنين على الأقل من الآتي :

أ – اختلال واضح في استخدام السلوك غير اللفظي مثل النظر من العين إلى العين ، التعبير الوجهي ، الإشارات البدنية وإشارات تنظيم التفاعل الاجتماعي .

ب – الفشل فى عمل علاقة بالأقران طبقاً لمستوياتهم العمرية والعقلية .

جـ – قصور فى البحث التلقائى للمشاركة والاستمتاع والاهتمامات والإنجاز مع الآخرين.

د – قصور فى التبادل أو التواصل الاجتماعى أو الانفعالى .

٢ – اختلالات كيفية فى التواصل كما يبدو فى واحد على الأقل مما يأتى:

أ – تأخر أو قصور فى نمو القدرة على الكلام (غير مصحوبة بأى محاولة لتعويض ذلك ببدائل للتواصل مثل الإشارات أو الإيماءات) .

ب – مع الحالات التى لديها قدرة على الكلام : وجود خلل فى القدرة على المبادأة أو الاستمرار فى الحوار مع الآخرين.

جـ – الاستخدام النمطى المتكرر للغة الذاتوية الفطرية البلهاء .

د – قصور فى التغيير ، وعدم القدرة على اللعب الخيالى أو المحاكاة الاجتماعية بما يتناسب مع المستوى النمائى .

٣ – وجود سلوك نمطى تكرارى مقيد فى الأنشطة والإهتمامات ، كما تبدو فى واحدة على الأقل مما يلى :

أ – الإنشغال الخانق بسلوك نمطى تكرارى شاذ .

ب – عدم المرونة والرتابة فى الإنشغال بتفاهات روتينية .

جـ – التكرار الجامد لحركات محددة مثل حركة اليد أو الإصبع أو حركة نمطية فى الجسم كله .

د – الإنشغال الدائم بأجزاء من الأشياء .

ب – تأخر أو خلل وظيفى فى المجالات الثلاثة التالية من العام الثالث من العمر :

١ – التفاعل الاجتماعى

٢ – التواصل اللغوى

٣ – اللعب الرمزى أو الخيالى . (DSMIV, p. 70-71)

وبالإضافة إلى ما سبق فإن أطفال هذه الحالة كثيراً ما يظهرون نطاقاً من المشكلات الأخرى غير المعينة مثل الفزع والخوف واضطرابات النوم والأكل ونوبات المزاج العصبى والعدوان ، وإيذاء النفس خاصة إذا كانت هناك حالة من التخلف

العقلي الشديد ، وأغلب هذه الحالات يفتقدون إلى التلقائية والمبادرة والقدرة على الإبتكار في شغل أوقات فراغهم .

وتتبدل مظاهر الذاتوية عندما ينمو الطفل ، ولكن تظل العيوب نفسها مستمرة حتى أثناء الرشد على شكل نمط من المشكلات الخاصة بالتكيف الاجتماعي ، والتواصل الاجتماعي والإهتمامات . (أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ص ٦٢٥) .

تاريخ اكتشاف الاضطراب :

يعود اكتشاف اضطراب الذاتوية أو التوحد إلى الطبيب النفسي هنري مودسلي Henry Maudsley 1967 الذي ركز اهتمامه على هؤلاء الأطفال الذين يعانون من اضطرابات عقلية شديدة تتضمن اضطرابات وتشوه في العمليات الارتقائية، حيث اعتبرها ذهان طفولة . وفي عام ١٩٤٣ قام ليو كارنر من خلال بحثه الشهير ، الاختلالات الذاتوية في التواصل الوجداني ، Autistic Disturbances of Affective Contact بتحديد مصطلح الأوتيزم الطفلي كزملة أعراض اضطراب يحدث في الطفولة المبكرة ، حيث وصف هؤلاء الأطفال الذين يعانون من الوحدة الأوتيزمية مع التأخر في استخدام اللغة وغرابتها في السلوك النمطي التكراري المقيد والحركات النمطية ومحدودية الأنشطة التلقائية وقصور في التواصل غير اللفظي من خلال العين والإشارة وما إلى ذلك ، ولقد أشار كارنر إلى أن مثل هؤلاء الأطفال غالباً ما كانوا يشخصون على أنهم من فئة التخلف العقلي أو الفصام . وقبل عام ١٩٨٠ كان كل الأطفال الذين يعانون من اضطراب ارتقائي منتشر يشخصون على أنهم فصاميون بينما أصبح لكل من الاضطراب الأوتيزمي والفصام تشخيصاً منفصلاً على الرغم من أنه في بعض الحالات يعد الأوتيزم من الأسباب المرضية لاضطراب الفصام .

مدى الإنتشار :

يحدث الاضطراب الذاتوى لكل ٢ إلى ٣ حالات من كل ١٠،٠٠٠ طفل تحت سن ١٢ وفي كل الأحوال يحدث الأوتيزم قبل عمر ٣ سنوات .

وتشير الدراسات إلى أن هذا الاضطراب يشيع بين الأسر ذات المستوى الاقتصادي الاجتماعي المرتفع ، وينتشر أكثر لدى الصبية عنه لدى البنات ، لكن البنات المصابات بالأوتيزم تميل إلى الجانب الوجداني مع وجود تاريخ أسري للقصور

العقلى عند الصبيان .

أسباب الاضطراب وعلته :

يعود اضطراب الذاتوية أو التوحد إلى العديد من العوامل وخاصة العوامل السيكوديناميـة الأسرية حيث تؤثر التغيرات الطارئة على الأسرة مثل الإنتقال أو الهجرة أو ميلاد طفل آخر أو الإهمال إلى تطور الاضطراب التوحدى . كما توجد أسباب عضوية وعصبية ، وأيضاً أسباب وراثية ، ونقص الجهاز المناعى للجنين نتيجة لإصابة الأم ، حيث تلعب الأجسام المضادة التى يكتسبها الجنين دوراً فى إحداث حالة الأوتيزم ، وقد يصاب الطفل بالأوتيزم نتيجة للإهمال الأسرى فى الرعاية والإصابة بالأنيميا وسوء التغذية . (Kaplan & Sadock, 1998)

علاج حالات الاضطراب الذاتوى :

تتركز الأهداف العلاجية الأولى على التقبل الاجتماعى وتنمية التواصل الاجتماعى للمساعدة فى ارتقاء التواصل اللفظى وغير اللفظى . ويؤكـد دنلاب وبيرس Dunlap & Pierce 1999 أنه يمكن إلى حد كبير تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية ومدتها لدى مثل هؤلاء الأطفال من خلال الإهتمام بتنمية مهاراتهم الاجتماعية حيث يتضمن ذلك تنمية المهارات الوظيفية ذات الأهمية فى سياق الحياة اليومية ، وذلك من خلال استراتيجيات لتنمية قدراتهم على التواصل وفهم اللغة وحدود التفاعلات الاجتماعية فى المواقف المنزلية والمدرسية والمجتمعية المعقدة .

(عادل عبد الله ، ٢٠٠٢ : ص ٢٦٨)

وعلى المستوى المحلى أجريت دراسات عديدة لفحص مدى فعالية البرامج التأهيلية التدريبية لتنمية مهارات التواصل والأنشطة الاجتماعية وخفض السلوك العدوانى وتنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المتوحدين وكانت هناك نتائج مرضية لهذه البرامج .

(عادل عبد الله ، ٢٠٠٢)

وعلى الرغم من عدم وجود علاج دوائى محدد للأوتيزم إلا أن الأطباء أحياناً ما يصفون بعض الأدوية التى تتعامل مع الأعراض الجانبية للأوتيزم مثل السلوك العدوانى وإيذاء الذات وفرط النشاط والتقلب المزاجى والتململ والإنسحاب ، ومن أمثلة هذا الدواء مركب الهالوبيريدول (Hadol) Haloperidol وأيضاً مركب الكلوميبرمين

(Clomipramine) المسمى بالأنفرانيل Anafranil .

٢ – اضطراب ريت Rett's Disorder :

اضطراب ريت اضطراب ارتقائي يصيب الطفل بعد طور من النمو السوي، واكتشفه الطبيب الاسترالي اندرياس ريت . ويصيب الفتيات الصغيرات بعد طور من النمو السوي لمدة ستة أشهر وغير معروفة السبب ، حيث يبدأ بتدهور جزئي أو كلي للمهارات اليدوية المكتسبة والكلام مع انخفاض معدل النمو وخاصة اللغة مع ظهور حركات معينة نمطية تكرارية جامدة تلف اليد فيها إحداهما حول الأخرى ، مع وضع الذراعين في حالة انثناء أمام الصدر أو الذقن وعدم المضغ الجيد للطعام مع زيادة التنفس والفشل في التحكم في الإخراج وسيولة زائدة في اللعاب مع عدم التفاعل الاجتماعي ، وغالباً ما تحدث نوبات صرعية صغرى لدى معظم الحالات ، وعلى عكس الاضطراب الذاتوي أو التوحدي يعتبر إيذاء النفس والإنشغالات الحركية النمطية المركبة ظواهر نادرة الحدوث .

(احمد عكاشة ، ١٩٩٨ : ص ٦٢٦ – ٦٢٧)

معايير تشخيص اضطراب ريت وفقاً لدليل التشخيص الإحصائي الأمريكي الرابع :

أ – كل ما يأتي :

١ – نمو سوي واضح قبل ظهور الحالة .

٢ – نمو حركي سوي خلال الشهر الخامس بعد الولادة .

٣ – استدارة طبيعية للرأس أثناء الولادة .

ب حدوث ما يأتي بعد فترة من النمو السوي :

١ – انخفاض في معدل نمو الرأس من الشهر الخامس حتى الشهر الثامن والأربعين .

٢ – فقدان حركة اليدين المكتسبة من ٥ – ٣٠ شهر مع ظهور الحركات النمطية لليدين .

٣ – فقدان الارتباط الاجتماعي في بداية الإصابة .

٤ – ظهور عدم تناسق حركي في المشي أو الترنح أثناء المشي .

٥ – قصور وتدهور واضح في ارتقاء اللغة التعبيرية أو الإستقبالية مع

تأخر نفسي حركي شديدين.

علاج اضطراب ريت :

يتم التدخل العلاجي لتخفيف أعراض الاضطراب ، ومن المهم التركيز على العلاج الرياضي (التربية البدنية) مع التدخل الدوائي لعلاج نوبات الصرع ، مع العلاج السلوكي للسيطرة على سلوك إيذاء الذات إن وجد مع التدريب على انتظام التنفس .

٣ – اضطراب الطفولة التفككي Childhood Disintegrative Disorder :

تدل مؤشرات هذا الاضطراب على حدوث نكوص في العديد من الوظائف بعد مرور عامين على الأقل من النمو السوي ، ويعرف هذا الاضطراب أيضاً تحت اسم زملة اضطراب هيلر Heller's syndrome والذهان التحللي Disintegrative psychosis .

معايير التشخيص طبقاً لـ DSMIV :

أ – نمو سوي لعامين على الأقل بعد الميلاد مناسب لمعايير الارتقاء للتواصل اللفظي وغير اللفظي والعلاقات الاجتماعية واللعب والسلوك التكيفي .

ب – مؤشرات إكلينيكية على فقد المهارات المكتسبة قبل سن العاشرة في اثنين على الأقل في المجالات التالية :

١ – اللغة التعبيرية أو الإستقبالية .

٢ – المهارات الاجتماعية أو السلوك التكيفي .

٣ – التحكم في المثانة والأمعاء .

٤ – اللعب .

٥ – المهارات الحركية .

جـ – اضطراب في القدرة الوظيفية لاثنين على الأقل في المجالات الآتية :

١ – قصور تكيفي في التفاعل الاجتماعي (مثل : تعطل في التواصل غير اللفظي ، الفشل في الارتباط بالرفاق ، قصور في التفاهم الاجتماعي والانفعالي) .

٢ – قصور تكيفي في التواصل (مثل : تأخر أو قصور في الكلام ، الفشل

فى إقامة أو الاستمرار فى حوار أو محادثة ، الاستخدام النمطى المتكرر المقيد للغة ، الفشل فى ممارسة اللعب الخيالى) .

٣ – سلوك نمطى مقيد وتكرارى فى الإهتمامات والأنشطة الحركية .

د – ألا يعود هذا الاضطراب إلى اضطراب ثانى منتشر آخر أو الفصام.

العـلاج :

نظراً لكون المظاهر الإكلينيكية لهذا الاضطراب تتشابه مع مظاهر اضطراب الأوتيزم أو التوحدية فإنه يمكن استخدام الفنيات التأهيلية والعلاجية السابق ذكرها لدى مثل هؤلاء.

٤ – اضطراب أسبرجر Asperger's Disorder :

وهو من الاضطرابات التى تشير مؤشراتها الإكلينيكية إلى قصور شديد مستمر فى التفاعل الاجتماعى وظهور سلوك نمطى تكرارى مقيد فى الأنشطة والاهتمامات.

وعلى خلاف الأوتيزم (الذاتوية) لا يوجد فى هذا الاضطراب دليل على تأخر النمو اللغوى أو المعرفى أو المهارات النفسية.

ولقد اكتشفه الطبيب النمساوى هانز أسبرجر Hans Asperger عام ١٩٤٤ .

معايير التشخيص طبقاً لـ DSMIV:

أ – تعطل كيفى فى التفاعل الاجتماعى كما يبدو فى اثنين على الأقل مما يأتى:

١ – تعطل فى استخدام السلوك غير اللفظى المتعدد مثل النظر إلى العين وتعبيرات الوجه ، والإشارات البدنية ، وإشارات تنظيم التفاعل الاجتماعى .

٢ – الفشل فى عمل علاقة بالأقران طبقاً لمستوى نموه .

٣ – الفشل فى القدرة التلقائية للبحث عن المشاركة فى الأمور الشيقة والاستمتاع والاهتمامات أو الحضور ، أو يكون موضع اهتمام الآخرين.

٤ – الفشل فى التفاهم الاجتماعى والانفعالى .

ب – ظهور أنماط من السلوك التكراري المقيد في الأنشطة والإهتمامات كما يبدو في واحدة على الأقل مما يأتي :

١ – الإنشغال غير العادي باهتمام واحد أو أكثر بشكل نمطي تكراري مقيد.

٢ – الجمود الواضح في الإلتزام بأفعال روتينية تافهة أو عديمة الجدوى.

٣ – تكرار حركي نمطي لليد أو الأصابع أو التواء حركي لكل الجسم .

٤ – الإهتمام المركز على أجزاء من الموضوعات .

جـ – يسبب الاضطراب دلالات إكلينيكية في قصور الوظائف الاجتماعية والعمل والميادين ذات الصلة .

د – لا يوجد دليل إكلينيكي على التأخر اللغوي .

هـ – لا يوجد دليل على التأخر في الوظائف المعرفية أو المهارات النفسية أو السلوك التكيفي .

و – لا تعود هذه المعايير إلى اضطراب نمائي منتشر محدود أو الفصام .

العـــــلاج :

يمكن استخدام بعض البرامج التأهيلية المستعملة مع الأطفال التوحديين ، ويمكنهم مواصلة الدراسة ولديهم مـهارات لغوية مع وعي بالنفس ، ولذا يمكن أن يشاركوا بفاعلية في برامج العلاج النفسي .

اضطراب المهارات الحركية
Motor skills Disorder

اضطراب التناسق الحركي الإرتقائي
Developmental Coordination Disorder

تشير المؤشرات الإكلينيكية لهذا الاضطراب إلى وجود خلل دال في ارتقاء التناسق الحركي يحدث في غياب أي خلل عصبي أو تخلف عقلي عام ، ولكنه قد يكون مصحوباً باضطراب لبعض المظاهر غير الحركية مثل اضطراب النطق ، والتعبير اللغوي ، واضطراب اللغة التعبيري والإستقبالي .

معايير التشخيص طبقاً لـ DSMIV :

أ - قصور في الأنشطة التي تتطلب تناسق حركي دون مستوى التآزر الحركي المناسب للمستوى العمري والعقلي ، وهذا يبدو في تأخر الأنشطة الحركية (مثل : المشي والزحف والجلوس) وإسقاط الأشياء وقصور في الأداء الرياضي وفي استعمال اليد في الكتابة .

ب - ويؤدي الخلل السابق إلى مشكلات في التحصيل الدراسي والأنشطة اليومية .

جـ - لا ينبغي أن تكون الحالة بسبب حالة طبية عامة مثل (الشلل الدماغي Cerebral palsy والشلل النصفي Hiplegia وتحلل العضلات) ولا تقابل معايير تشخيص الاضطراب النمائي المنتشر .

د - وإذا وجد التخلف العقلي تكون الصعوبات الحركية مرتبطة به وتتزايد في أنواع التخلف العقلي التي تكون مصحوبة بهذه الحالة .

العلاج :

تشمل الأساليب العلاجية برامج للتدريب الإدراكي الحركي واستخدام التربية البدنية الرياضية للتمرين على الإتزان الحركي مع تمارين الاسترخاء ، ونظراً لأن الاضطراب قد تصاحبه اضطرابات في التعلم والتواصل فإنه من المفيد أخذ هذه الاضطرابات في الإعتبار ببرنامج تأهيلي شامل لتأهيل المضطربين وتحسين مستويات المهارات الاجتماعية ومهارات التواصل .

ويصلح أسلوب ماريا مونتيسورى Montessori Technique مع أطفال ما قبل المدرسة حيث يركز هذا الأسلوب على الإرتقاء بمهارات الحركة مع الأخذ فى الإعتبار أن كل التمارين ضرورية وليس هناك تمرين مفضل عن الآخر . مع مراعاة اختيار برامج مناسبة للتعامل مع المشكلات المصاحبة للاضطراب مثل المشكلات الانفعالية واضطرابات التواصل .

(Kaplan & Sadock, 1998)

الفصل الرابع

اضطرابات تشتت الإنتباه والسلوك التخريبي

اضطراب التحدي والمعارضة

اضطرابات اللوازم

اضطرابات التغذية والأكل



الفصل الرابع

اضطرابات تشتت الإنتباه والسلوك التخريبي

Attention - Deficit and Disruptive Behavior Disorders

أولاً – اضطراب تشتت الإنتباه وفرط الحركة أو النشاط A D H D

Attention - Deficit / Hyperactivity Disorder

كثيراً ما يشكو الآباء والمعلمون من حالات بعينها يحدث لها نوع من تشتت الإنتباه وعدم التركيز فى العملية التعليمية مع زيادة مفرطة فى الحركة وعدم الإستقرار .

المؤشرات التشخيصية :

إن الملمح الأساسى لإضطراب تشتت الإنتباه مع فرط الحركة هو نمط دائم من التشتت أو الاندفاعية الحركية المتكررة الحدوث بشدة أكثر من المعتاد لدى الأقران الآخرين وفقاً لمستوى النمو ، ويبدأ هذا الاضطراب قبل سن السابعة على أن تكون الأعراض ملازمة للبيت والمدرسة أو العمل إن وجد ، وتسبب هذه الأعراض اضطراب التحصيل الدراسى والعلاقات الاجتماعية والعمل .

مدى إنتشار الاضطراب :

يشيع انتشار هذا الاضطراب ما بين ٢ إلى ٢٠ ٪ لدى أطفال المدارس فى الولايات المتحدة الأمريكية وتقل النسبة فى بريطانيا بواحد فى المائة عن أمريكا ويتزايد حدوث الاضطراب لدى الصبية أكثر من البنات بنسبة ٣ – ١ إلى أكثر من ٥ – ١ . وترتفع التقديرات عادة فى المستويات الإقتصادية – الاجتماعية الدنيا ، كما يلعب الدور الوراثى فى زيادة هذه النسبة ، إن وجد ، ما يقرب من ٢ ٪ إلى ٣ ٪ من المصابين بهذا الاضطراب إذا كان لدى أحد الأبوين أو الأشقاء تاريخاً مرضياً بهذا الاضطراب.

أسباب الاضطراب :

تتعدد أسباب هذا الاضطراب ، من الأسباب العضوية والعصبية والنمائية والنفسية الاجتماعية.

الأسباب الوراثية :

ففي الدراسات الوراثية والجينية وجد أن نسبة كبيرة كما ورد سابقاً من الأطفال المضطربين بتشتت الإنتباه وفرط الحركة كان لأسرهم تاريخاً مرضياً سابقاً ، كما وجد أن الآباء الذين لديهم مشكلات مع الإدمان والكحولية والسلوك المضاد للمجتمع كان معدلات إصابة أبنائهم أعلى بهذا الاضطراب عن الآخرين.

الأسباب الإرتقائية :

لوحظ أن الأطفال من مواليد شهر سبتمبر أكثر في الإصابة بفرط الحركة وتشتت الانتباه ، وقد تعود هذه الحالة لإصابة الأطفال بأمراض الشتاء في بواكير عمرهم ، وقد تسبب حوادث التلف الدماغي أثناء الحمل وأثناء فترات النمو الأولى نتيجة للتسمم واضطراب التمثيل الغذائي ، والإصابات بالحمى والأمراض المعدية والرضوض والحوادث .

الأسباب العصبية :

تفترض بعض النظريات أن سلوك الطفل الذي يعاني من هذا الاضطراب يعاني من خلل وظيفي في الناقلات العصبية Neurotransmitters ، وخاصة الناقل العصبي للنورينفرين Norepinephrine ومنشطاته من الدوبامين Dopamine وخاصة في الدماغ الأوسط وساق المخ .

العوامل النفسية الاجتماعية :

لوحظ أن أطفال المؤسسات يعانون من حركة مفرطة وقصور في تركيز الإنتباه، وتعود هذه الملاحظات إلى الحرمان العاطفي الطويل ، وتزول هذه الأعراض بعد زوال الحرمان العاطفي ، كما تؤدي الضغوط الشديدة ، واضطراب المناخ الأسري والتعلق إلى تهيئة الإصابة بهذا الاضطراب ، كما تسهم الظروف الاجتماعية والنظم الأكاديمية والإسراف في تعلم النظام والحياة الروتينية المملة إلى الإصابة بهذا الاضطراب .

معايير التشخيص طبقاً لـ DSMIV

أ – إما (١) أو (٢):

(١) ست أو أكثر من أعراض عدم الإنتباه Inattention تستمر لستة أشهر على الأقل بدرجة غير سوية أو غير متسقة مع مستوى النمو .

عدم الإنتباه :

أ – الفشل في العناية بالتفاصيل والإهتمام بالأخطاء في الميدان الدراسي والعمل والأنشطة الأخرى .

ب – الفشل في تركيز الإنتباه ومواصلة نشاط معين في المهام أو الألعاب .

جـ – لا ينصت باهتمام .

د – عدم القدرة على متابعة أو إكمال الأشياء التي يبدأها مثل الواجب المدرسي والمهام الأخرى في العمل مع الفشل في إتباع التعليمات .

هـ – الفشل في تنظيم المهام والأنشطة .

و – تجنب الأعمال والمهام التي تحتاج لتركيز وجهد عقلي .

ز – دائماً ما يفقد الأشياء الضرورية لأداء المهام مثل أدوات اللعب ، والأقلام والكتب والأدوات المدرسية .

ح – غالباً ما يصاب بالذهول أو الخبل حيال المثيرات الغريبة أو غير المعتادة .

ط – غالباً ما ينسى المهام اليومية .

(٢) ست أو أكثر من أعراض الاضطرابات الحركية التالية تستمر لمدة ستة أشهر بدرجة غير سوية أو متسقة مع مستوى النمو .

فرط النشاط :

أ – دائم الجرى والتسلق بصورة زائدة .

ب – غالباً ما يترك مقعده في الفصل وفي الأماكن التي تتطلب الجلوس .

جـ – يجد صعوبة في اللعب أو الاندماج والاستمتاع بالهدوء .

د – دائماً على عجلة من أمره وكأنه مدفوع بمحرك .

هـ – كثير الكلام والثرثرة .

و – دائم التململ وتحريك اليدين والساقين وعدم الاستقرار في جلسته على المقعد .

الإندفاعية :

ز – غالباً ما يندفع فى الإجابة قبل إكمال السؤال .

حـ – لا يطيق الإنتظار فى دور معين أو طابور معين .

ط – غالباً ما يربك الآخرين ويقحم نفسه على المحادثات والألعاب .

ب – حدوث بعض أعراض فرط النشاط والاندفاعية وتشتت الإنتباه قبل من السابعة .

جـ – تسبب الأعراض خلل فى النشاط المدرسى أو العمل أو المنزل .

د – تعطل واضح فى الوظائف الاجتماعية والدراسية والعمل .

هـ – لا تكون هذه الأعراض حادثة أثناء الاضطراب النمائى المنتشر أو انفصام أو اضطراب ذهانى آخر أو اضطرابات أخرى مثل اضطراب المزاج والقلق والإنشقاق أو اضطراب الشخصية .

العـلاج :

غالباً ما يستخدم العلاج الدوائى وخاصة المنشطات العصبية ومضادات الاكتئاب ، ويمكن استخدام مضادات الذهان لدى بعض الحالات ، وذلك لتحسين مستوى الانتباه والوصول إلى معدلات مقبولة فى التحصيل الدراسى الذى يعود بمردود إيجابى على تقدير الذات .

ولكن العلاج الدوائى لا يكفى وحده لتحسين حالات تشتت الانتباه وفرط النشاط ، ولذا ينبغى التدخل بالعلاج الفردى وبرامج تعديل السلوك والإرشاد الأسرى ، وبرامج التعلم الناجحة حيث يمكن مساعدة الطفل على تنظيم عالمه وتنظيم الأداء المعتاد للأنشطة والاستقرار ، مع أهمية تقبل الوالدين لاختلاف سلوك طفلهم عن غيرهم ، مما يتطلب منهم مساعدة المعالجين والمدرسة فى وضع برنامج علاجى تأهيلى مناسب .

كما يفيد العلاج الجمعى فى رفع مستوى المهارات الاجتماعية وتقدير الذات وإدراك قيمة النجاح وتطور مهارات اللعب الجماعى وتدريبهم من خلال الجماعة على تعلم الإنتظار والتنظيم وتركيز الإنتباه .

ثانياً : الاضطرابات التخريبية Disruptive Behavior Disorders

تمثل اضطرابات السلوك التخريبي أحد الاضطرابات التي يشيع حدوثها في الطفولة والتي تتمثل في اضطراب المسلك أو الجناح واضطراب التحدي والمعارضة الجريئة.

أولاً – اضطرابات المسلك أو التصرف (الجناح) Conduct Disorder

يوصف الجناح لدى الأحداث أو الأطفال تحت سن التكليف القانوني (١٨ سنة) الذين يخرجون على القانون والقواعد والتقاليد بمسالك عدوانية وتخريبية ، وعدم مراعاة حقوق الآخرين إلا أن اضطراب المسلك غالباً ما يشخص قبل سن ١٣ أما بعدها يكون في إطار السلوك المضاد للمجتمع . ويقع هذا الاضطراب في أربع مجموعات أساسية هي :

١ – السلوك العدواني الذي يسبب أذى أو تهديد للآخرين وللحيوانات .

٢ – والسلوك غير العدواني الذي يسبب فقدان أو خسارة .

٣ – وسلوك الاحتيال والخديعة أو السرقة .

٤ – والخروج المتعمد على القوانين والقواعد المرعية .

وينبغي أن تكون ثلاثة من هذه المظاهر دائمة الحدوث قبل سنة من التشخيص مع ظهور سلوك واحد على الأقل قبل ستة أشهر مع التأكيد على ضرورة أن تكون سبباً في إحداث خلل في العلاقات الاجتماعية والمجال التعليمي والعمل .

مدى الإنتشار :

يحدث هذا الاضطراب أثناء الطفولة والمراهقة بنسبة تقديرية ٦ – ١٦٪ لدى الذكور ٢ – ٩٪ لدى الإناث تحت ١٨ سنة . وينتشر أكثر لدى الذكور ولدى أبناء مضطربي الشخصية المضادة للمجتمع والمدمنين ويرتبط بالمستوى الإقتصادي الاجتماعي المنخفض.

أسباب الاضطراب :

لا يوجد عامل واحد يسبب اضطراب المسلك ولكن تسهم العديد من العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية في ظهور وتطور هذا الاضطراب .

العوامل الوالدية :

إن القسوة والعقوبة المصحوبة بعدوان لفظى وبدنى شديد من جانب الأبوين تؤدى إلى حدوث وتطور السلوك العدائى غير التكيفى لدى الأطفال ، وتشوش الحياة الأسرية فى المنزل غالباً ما يصاحبها سلوك مضطرب وجناح لدى الأطفال . ويشكل الطلاق عامل خطورة فى حدوث جناح الأطفال واستمرار الشجار والنزاع بين الأبوين المطلقين يؤدى إلى تزايد احتمال حدوث الجناح والسلوك غير التكيفى ، فضلاً عن وجود مشاكل من قبيل الأمراض النفسية لدى الأبوين والإساءة للطفل والحرمان والسيكوباتية والإدمان ، وخاصة إدمان الكوكايين الذى يؤدى إلى نقل عدوى الإيدز (مرض نقص المناعة المكتسب) حيث يؤدى إلى إهمال الأبناء والإساءة إليهم وتهيئة المناخ لظهور السلوك التخريبى والجناح .

وتشير الدلالات الإكلينيكية إلى أن مثل هؤلاء الأطفال يسلكون لا شعورياً برغبة الآباء من سلوك منحرف وجانح ، فعلة الجناح تأتى من أبوين غير مسئولين ، يكسبون أبناؤهم مسالك منحرفة وشاذة ، فضلاً عن قصور فى الرعاية التى تجعل لغة الطفل وسلوكه بذيئاً بمعنى تكون شخصية الطفل باحثة عن اللذة مرهونة بالنرجسية ولا تضع الآخر فى الحسبان فهى تسعى فقط لإشباع حاجاتها المتدنية بصرف النظر عن القيم والقوانين والعادات والأعراف الاجتماعية . وهذا يكون نتيجة لقصور حاد فى البنية الأخلاقية التى تنظم السلوك .

العوامل الاجتماعية الثقافية :

يشكل الحرمان الإقتصادى الاجتماعى عامل خطورة لإحداث هذا الاضطراب، فبطالة الآباء وفقدان شبكة الدعم الاجتماعى وعدم وجود أدوات اجتماعية إيجابية تسهم إلى حد كبير فى ظهور هذا الاضطراب ، وجنوح الأطفال وانخراطهم فى المسالك التخريبية وتعاطى المخدرات فى سن مبكرة .

العوامل النفسية :

تؤدى الإساءة للطفل وإهماله وتعنيفه وحرمانه من جانب الأبوين إلى ظهور نوبات الغضب والتخريب والإلحاح والفشل فى تطور القدرة على تحمل الإحباط التى تتطلبها العلاقات الناضجة ، ونظراً لكون النموذج الأبوى مضطرباً ودائم التغير فإن ذلك يؤثر فى تكوين الصورة المثالية للأب ويفتقد فى هذه الحالة إلى ما يسمى بالمثال مما يضعف لديه القـــدرة على التنظـــيم الداخلى والضـــمير الأخلاقى حيث لا يتلقون الرعاية التربويـــة الكـــافية لاســـتدخال القواعد الاجتماعية مما يجعلهم لا يراعونها

ولا يهتمون بالحياة الاجتماعية فلا يضعون الآخرين فى الإعتبار بقدر ما يهتمون بحاجاتهم الخاصة فى عالم من الفوضى .

العوامل العصبية :

أثبتت بعض البحوث القليلة وجود أسباب عصبية وعضوية لاضطراب المسلك أو الجناح ، وخـاصـة زيادة السيـروتونين فى الدم مـع نقص فى إنزيم الدوبامين هيدرواكسيلاز Dopamine B-Hydroxylase الذي يحول الدوبامين إلى نورينفرين ، تلك الاكتشافات التى أكدت تناقص الوظائف النورأدرينالية لدى مضطربى المسلك أو الجناح .

معايير التشخيص طبقاً لـ DSMIV :

نمط سلوكي متكرر ومستمر للاعتداء على حقوق الآخرين والقواعد والمعايير الاجتماعية بشكل لا يناسب مستوى النمو ، يتبدى فى ثلاثة أو أكثر من المعايير الآتية، تحدث لمدة عام سابق أو ظهور معيار واحد على الأقل لمدة ستة أشهر سابقة.

العدوان على الناس والحيوانات :

١ – دائم التحرش والتهديد للآخرين .

٢ – يبادر بالشجار البدنى .

٣ – يستخدم آلات حادة يمكنها أن تسبب إصابات بدنية حادة ، مثل السكاكين والمسدسات ، وقطع الزجاج وما إلى ذلك .

٤ – يتصف بالوحشية أو القسوة البدنية المتهجمة على الآخرين .

٥ – يتصف بالوحشية أو القسوة البدنية المتهجمة على الحيوانات .

٦ – غالباً ما يسطو على الضحايا بسرقة أدواتهم وأكياس نقودهم وما إلى ذلك.

٧ – يغوى الآخرين للدخول فى أنشطة جنسية .

تخريب الممتلكات :

٨ – يميل إلى إشعال الحرائق لحدوث خسارة فادحة .

٩ – يميل إلى تدمير وتخريب ممتلكات الآخرين .

الخداع أو السرقة :

١٠ – ارتكاب بعض السرقات المنزلية أو المبانى العامة أو السيارات .

١١ – دائم الكذب والتضليل للخروج من المأزق .

١٢ – السرقة المتعمدة والاختلاس واتهام الآخرين مثل السرقة من المحلات العامة بدون كسر أو تخريب .

الإنتهاك المتعمد للقواعد :

١٣ – البقاء لفترة طويلة خارج المنزل ليلاً قبل سن ١٣ .

١٤ – الهروب من المنزل .

١٥ – الهروب من المدرسة .

ب – يسبب الاضطراب خلل واضح في العلاقات الاجتماعية والحقل الدراسي والعمل .

جـ – لا تشخص هذه الحالات بعد سن الثامنة عشرة .

العلاج :

يجد العاملون في ميدان الصحة النفسية صعوبة في إيجاد برامج علاجية ناجحة لهذا الاضطراب ، حيث تتضاءل النتائج الواردة من العلاج النفسي ، ولذا تميل المؤسسات التأهيلية ومؤسسات رعاية الأحداث إلى اعتماد برامج متكاملة يشارك فيها الأطباء والأخصائيون النفسيون والاجتماعيون والمتخصصون في العلاج الأسري والآباء والمربون ، وقوى المجتمع في وضع استراتيجيات علاجية تساعد في تخفيف هذه الاضطرابات .

وتحتاج هذه الفئات إلى تدخل رسمي من أجهزة الدولة المعنية لإعادة البنية الاجتماعية لأسر هؤلاء . وخاصة المناطق العشوائية وفتح المدارس والمؤسسات الرقابية وتنظيم هذه المجتمعات للحد من ظاهرة الجناح ، والسلوك المضاد للمجتمع ، فشعور هذه الفئة بالرعاية والإهتمام من جانب المجتمع يجعلهم أقل عدواناً . وأكثر تقبلاً للقيم والمعايير الاجتماعية وإدخالهم في منظومة العمل الاجتماعي كمواطنين فاعلين وليسوا على الهامش أو خارج الحساب .

ويمكن استخدام العلاج النفسي الفردي الموجه لتحسين مهارات القدرة على حل المشكلات ويكون من المفيد العمل مع الحالات المبكرة قبل أن يصبح الاضطراب مزمناً .

كما يمكن التدخل بالعلاج الدوائي للسيطرة على السلوك العدواني مثل عقار الهالوبيريدول (Hadol) وكذلك استخدام الليثيوم (Eskalith) للحد من السلوك

العـدوانـي والوقـاية . مـع اسـتـخـدام الأدوية التي تحـافظ على الإسـتـقـرار المزاجي والانفعالي .

ولكون اضطراب المسلك أو الجناح قد يصاحبه تشتت في الإنتباه وفرط النشاط واضطرابات التعلم واضطراب المزاج والاضطرابات الناتجة عن تعاطي المواد ذات التأثير النفسي (المخدرات والمسكرات) فإنه من الضروري الأخذ في الإعتبار شمول البرنامج العلاجي وتنوعه ليغطي هذه القطاعات من الاضطرابات .

اضطراب التحدي والمعارضة الجريئة

Oppositional Defiant Disorder

وهو الاضطراب الذي يبدو فيه الطفل أكثر معارضة وتحدى ورفض وعدائية تجاه أشكال السلطة تستمر لمدة ستة أشهر ، وتتجاوز هذه المظاهر الإطار الطبيعي لسلوك طفل مماثل له في العمر ومن نفس السياق الاجتماعي الثقافي الإقتصادي .

ويشيع هذا الإضطراب لدى أطفال ما قبل المدرسة ، وفي بداية المراهقة وتتشابه الأعراض لدى الذكور والإناث ، بينما قد تتزايد حدة المعارضة والتحدى لدى الذكور ، وغالباً ما تظهر أعراض هذا الاضطراب تجاه الأبوين والأوامر الأسرية في المنزل ، ولكنها قد تنتقل إلى مواقف أخرى خارج المنزل . وتشير معدلات شيوعه من ٢ ٪ إلى ١٦ ٪ .

معايير التشخيص طبقاً لـ DSMIV :

أ – نمط من السلوك الرافض والعدائي والمتحدي أو المعارض بجرأة تجاه السلطة والأوامر بصورة تستمر ستة أشهر على الأقل من خلال مواصلة أربعة أو أكثر من المظاهر التالية :

١ – غالباً ما يفقد أعصابه ويفلت مزاجه .

٢ – غالباً ما يعارض الكبار .

٣ – غالباً ما يرفض أوامر وقواعد الكبار .

٤ – غالباً ما يتعمد مضايقة الآخرين واستفزازهم .

٥ – يلوم الآخرين غالباً على ما يقوم به من أخطاء .

٦– يمكن استثارته وغيظه بسهولة من جانب الآخرين .

٧ – غالباً ما يغضب ويمتعض.

٨ – دائم السخط والتبرير .

ب – ينبغي أن تسبب هذه المظاهر اختلالات في العلاقات الاجتماعية والحقل المدرسي والعمل .

جـ – ألا تعود مظاهر الاضطراب لطور مــن الذهان أو اضطرابات المزاج .

والسمة المميزة لهذا الاضطراب هو غياب السلوك الخارج على القانون وعلى حقوق الآخرين ، الذى يحدث فى حالات السرقة والقسوة والاضطهاد والاعتداء والتهديد التى تميز اضطراب السلوك أو الجناح.

العلاج :

يشكل العلاج النفسى الفردى للطفل أولى أشكال العلاج المناسب لاضطراب المعارضة والتحدى مع إرشاد الأبوين وتدريبهم المباشر على مهارات إدارة السلوك الطفلى وتوجيهه . وتشير أساليب العلاج السلوكى إلى أهمية تعليم الأبوين كيف يعدلون سلوكهم لعدم تشجيع الطفل على معارضتهم وتحديهم من خلال تدعيم السلوك الطبيعى وإضعاف سلوك المعارضة والتحدى . وقد تأتى البرامج العلاجية بنتائج طيبة فى تعديل سلوك الأبناء بينما يظل الآباء على أسلوبهم الخاطىء والصراع مع الابن بالعقوبة والنهر والرفض، وما إلى ذلك مما يجعل الطفل أكثر تحدياً ، ولذا ينبغى أن يؤخذ فى الإعتبار العلاج التكاملى لكلا الطرفين : الأسرة والطفل .

اضطرابات التغذية والأكل في مرحلة الرضاعة أو الطفولة المبكرة

Feeding and Eating Disorders of Infancy or Early Childhood

وهي الاضطرابات الشائعة لدى الأطفال الرضع والمراحل المبكرة تتميز باستمرار اختلال عمليات التغذية والأكل ، وتشمل التوق أو الوحم لأكل أشياء غير طبيعية ، Pica أو سلوك اجترار الطعام ، أو اضطراب الرضاعة . وقد يحدث النهم العصابي (الشراهة) والقهم العصابي (رفض الطعام) بعد سن الرابعة.

أولاً : التوق أو الوحم لأكل أشياء غير طبيعية Pica :

وهو الأكل المستمر لأشياء غير طبيعية لمدة لا تقل عن شهر ، وتختلف المواد التي يتناولها الطفل من سن إلى آخر . فالأطفال الصغار يقبلون على أكل نشارة الخشب والدهان والشعر والبلاستر والخيوط والقماش . بينما يأكل الأطفال الأكبر روث الحيوانات والرمل أو الطين.

وقد تحدث هذه المظاهر كأحد علامات اضطرابات التخلف العقلي أو الاضطرابات الارتقائية المنتشرة أو الفصام أو قد تحدث كحالة منفردة نتيجة لأسباب نفسية . وقد تختفي هذه الأعراض تلقائياً وفقاً لتطور النمو مثلما يحدث لدى المرأة الحامل في طور بعينه ثم يختفي .

وتعود أسباب الوحم إلى الأشياء غير الطبيعية إلى العديد من الأسباب التي قد تعود إلى نقص في المكونات الغذائية في لبن الأم أو الطعام الطبيعي ، بينما يشكل الحرمان العاطفي والإهمال أحد الأسباب الأساسية لهذا الاضطراب .

العلاج :

ينبغي تحديد الأسباب الحقيقية لهذا الاضطراب كمرحلة أولى للعلاج ، فإذا كانت تعود إلى مواقف الحرمان والإهمال فينبغي زوال هذا السبب ، وتوجيه الأسرة إلى فنيات التعامل مع التغذية الطفلية وتخفيف الضغوط النفسية وتهيئة الأجواء الأسرية المناسبة لانتظام الإيقاع النفسي البدني لدى الطفل . أما إن كانت تعود إلى نقص في بعض مكونات الدم فإنه يمكن عمل نظام غذائي طبيعي لتعويض هذا النقص .

ثانياً : اضطراب اجترار الطعام Rumination Disorder :

وهو نوع من اضطرابات الأكل تظهر فيه عملية إعادة الطعام من المعدة إلى الفم وإعادة مضغه (السلوك الإجتراري) والذي يحدث لدى الأطفال بعد طور من الإنتظام الطبيعي في عملية الأكل والهضم ، وذلك لمدة شهر على الأقل .

وغالباً ما يشعر هؤلاء الأطفال بالتوتر وعدم الاستقرار والجوع بين فترات الاجترار ، وعلى الرغم من جوعهم وتناولهم كمية كبيرة من الطعام إلا أنهم غالباً ما يصابون بسوء التغذية لأن السلوك الاجتراري يأتي مباشرة بعد الأكل مما يسبب نقصان الوزن ، والفشل في تحقيق الوزن المناسب ، ويمكن حدوث الموت (حيث تشير الإحصاءات إلى أن ٢٥ ٪ من هؤلاء الأطفال يموتون) وتكون اضطرابات سوء التغذية أقل لدى الأطفال الأكبر والبالغين .

أسباب الاضطراب :

تعود الأسباب النفسية الاجتماعية في مقدمة أسباب هذا الاضطراب مثل نقص المثيرات والإهمال ، ومواقف الحياة الضاغطة في المحيط الأسري ومشكلات العلاقة بين الطفل وأبويه . وقد يعود الاضطراب إلى وجود حالة من التخلف العقلي .

العـلاج :

ينبغي أن يركز العلاج على استعادة الأجواء الصحية في علاقة الطفل بالأم والمحيطين واستخدام فنيات العلاج السلوكي مثل عصر ليمونه في فم الطفل في حالة حدوث الاجترار كي يتوقف السلوك الاجتراري لفترة تتراوح من ٣ إلى ٥ أيام . كما يمكن جذب اهتمام الطفل إلى أمور أخرى عندما يحدث الإجترار .

ويمكن التدخل الجراحي والدوائي بعقاقير مثل الميليريل والهادول الذي يخفض من الشراهة في تناول الطعام ، لكي لايحدث الإجترار كنتيجة لشراهة الطفل في تناول الطعام .

ثالثاً : اضطراب التغذية في الطفولة المبكرة Feeding Disorder :

وهي حالة متنوعة المظاهر تنحصر في مرحلة الطفولة المبكرة ، تنعكس بصفة أساسية على فقدان الوزن أو الهزال لمدة أكثر من شهر ، ولا تكون الحالة بسبب مشكلات صحية أو اضطرابات نفسية ، أو لأسباب نقص الغذاء أو المجاعات ، وغالباً ما تحدث قبل سن السادسة .

اضطرابات اللـــوازم

Tic Disorders

اللزمة Ticهي حركة فجائية غير إرادية سريعة ، ومتكررة ، وغير إيقاعية ، وتأخذ شكلاً نمطياً في السلوك والصوت ، وتبدو السيطرة عليها صعبة ، ولكن يمكن قمعها لمدة من الوقت .

وتتضمن اللوازم الحركية البسيطة : طرفة العين ، رجة الرقبة ، هزة الكتف ولوى قسمات الوجه . أما اللوازم الصوتية الشائعة فتتضمن : تصفية الحلق (النحنحة) النباح ، الفحيح . أما اللوازم المركبة الشائعة فتتضمن ضرب الفرد لجسده ، القفز والوثب على قدم واحدة (الحجل) .. (أحمد عكاشه ، ١٩٩٨) .

أما اللوازم المركبة الصوتية الشائعة فتشمـــل تكـــرار كلمــات أو عبارات خارجة (بذيئة) ، وتكرار كلمات خاصة بالشخص ، أو تكرار آخر مقطع من الكلمة أو الصوت (الترديد أو الصدى) والتقليد لصوت وحركة شخص ما . (DSMIV, p.100)

وتشمل هذه الاضطرابات اضطراب توريت ، والاضطراب الحركي الصوتي المزمن ، واضطراب اللوازم العرضي أو العابر .

١ - اضطراب توريت Tourette's Disorder :

الأعراض الشائعة في اضطراب توريت هي الوساوس والقهور أو الإندفاعات ، فرط النشاط ، والقابلية للذهول . وعدم الارتياح الاجتماعي ، والخزي ، والمزاج المكتئب متكرر الحدوث . ويمكن أن تختل الوظائف الاجتماعية والدراسية والعمل نتيجة لرفض الآخرين هذه اللزمات الحركية والصوتية ، أو القلق من معاودة حدوث اللزمة في المواقف الاجتماعية ، ومع الحالات الشديدة من هذا الاضطراب قد تتعطل الأنشطة اليومية مثل القراءة أو الكتابة ، أو ربما إصابة العين بضرر نتيجة لزمة حركية من اليد تضرب العين ، أو إيذاء الجسم نتيجة لهذه الحركات اللاإرادية .

ويمكن أن يكون هذا الاضطراب مصاحب لاضطرابات الوسواس القهري، تشتت الإنتباه ، وفرط النشاط واضطرابات التعلم .

وتتحدد معايير تشخيص اضطراب توريت في حدوث واحدة أو أكثر من اللوازم الحركية أو الصوتية لبعض الوقت أثناء المرض ، وليس من الضروري تكرار حدوثها ، وتكون اللزمة مفاجئة وسريعة ولا إيقاعية ونمطية سواء كانت حركية أو صوتية . ويمكن أن تستمر لبعض الوقت ، وتحدث كل يوم تقريباً لمدة تزيد عن عام.

وترجع أسباب اضطراب توريت إلى عوامل جينية وراثية ، وترتبط أيضاً بالإصابة ببعض الاضطرابات النفسية الأخرى مثل العصاب القهري وتشتت الانتباه وفرط الحركة . كما وجدت أسباب عصبية في مراكز الحركة في الجهاز العصبي نتيجة خلل في الموصلات العصبية .

العــلاج :

يتطلب هذا الاضطراب التدخل العلاجي الدوائي الذي يقوم بضبط الإيقاع الحركي للجهاز العصبي من خلال تنشيط أو تثبيط الموصلات العصبية، أما الحالات الخفيفة فيمكن التعامل معها من خلال العلاج النفسي أو التدخل العلاجي المساند للعلاج الدوائي لتدعيم الإستجابات الحركية السليمة ، ومراقبة الذات ، والعمل على تخفيف الضغوط الناتجة عن هذا الاضطراب ، وخاصة علاج حالات المزاج الاكتئابي والقلق الناتج عن الخوف من الرفض الاجتماعي ومشاعر الخزي من شكله أثناء حدوث اللزمة . (Kaplan & Sadock, 1998: p. 1220)

٢ – اضطراب اللزمة الحركي أو الصوتي المزمن

Chronic Motor or Vocal Tic Disorder

وهو من الاضطرابات المزمنة التي تستوفي المظاهر التشخيصية لاضطراب توريت ، ولكنها ليست بنفس الشدة فيما يتعلق باختلال الوظائف فإنها تكون أقل ، وتستمر لفترة أطول من السنة ، وتحدث قبل سن الثامنة عشرة، وغالباً ما تصيب الأطفال في الأعمار ما بين ٦ –٨ سنوات ، وقد تبدأ الأعراض ما بين الرابعة والسادسة ثم تتوقف في بداية المراهقة .

التدخل العلاجي :

يفيد العلاج النفسي في تخفيف محنة المصاب بهذا الاضطراب ، حيث يتأثر أداؤه الدراسي والمهني والعلاقات الاجتماعية . ولذا يمكن للعلاج النفسي أن يخفف الأعراض الجانبية الناتجة وخاصة المشكلات الانفعالية ، مع التدخل الدوائي بحذر .

٣ – اضطراب اللزمة العابر Transient Tic Disorder :

وتحدث في هذه الحالة لزمة واحدة أو أكثر حركية أو صوتية ، ولكنها لا تستمر طويلاً ، لا تلبث أن تزول ، ولكن يمكنها معاودة الحدوث.



الفصل الخامس

اضطرابات الإخراج
اضطرابات القلق



اضطرابات الإخراج Elimination Disorders

تشمل اضطرابات الإخراج نوعين هما التبول اللاإرادى والتبرز اللاإرادى

أولاً – التبول اللاإرادي الذى لا يعود لأسباب طبية عضوية

Enuresis (Not Due to a geral medical condition)

المظاهر التشخيصية :

يعد المظهر الرئيسى للتبول اللاإرادى هو انسياب وعدم القدرة على التحكم فى البول أثناء النهار أو الليل فى الفراش أو الملابس مما لا يتفق ومستوى نضج الطفل وعمره العقلى ، ولا يكون بسبب الفشل فى التحكم فى العضلات القابضة بالمثانة نتيجة لخلل عضوى أو اضطراب عصبى أو التهابات فى مجرى البول .

وينبغى أن يتكرر التبول اللاإرادى لمرتين فى الأسبوع ، وعلى الأقل ثلاث مرات فى الشهر ويسبب خلل فى العلاقات الاجتماعية والحياة المدرسية والعمل وما إلى ذلك.

وفى العادة لا يتم تشخيص البول اللاإرادى إلا بعد سن الخامسة من عمر الطفل.

مدى انتشار الاضطراب :

تقل معدلات حالات التبول اللاإرادى بتقدم العمر حيث ينتشر بنسبة ٨٢٪ فى سن عامين ، ونسبة ٤٩٪ لثلاث سنوات ، ٢٦٪ لأربع سنوات ، ٧٪ لخمس سنوات . وتختلف الشكوى من التبول اللاإرادى وفقاً لاختلاف المستويات الاجتماعية والثقافية والاقتصادية وطبقاً لأساليب التدريب على الإخراج ومدى رفض أو قبول الاضطراب.

أسباب الاضطراب :

تتعدد أسباب الاضطراب والتى تعود لأسباب فسيولوجية ، مثل صغر حجم

المثانة وقصور التحكم العصبى والذى قد يعود لأسباب وراثية حيث وجد أن نسبة كبيرة ممن يشخصون بهذا الاضطراب كانوا لآباء لا يستطيعون التحكم فى التبول.

أما الأسباب الثقافية الاجتماعية فتعود إلى أشكال الرعاية الاجتماعية المقدمة وأسلوب التدريب على الإخراج التى يمكنها أن تسبب تأخر ضبط التبول .

وقد تعود لأسباب خلل فى تنظيم إيقاعات النوم واليقظة عند الطفل حيث يحدث التبول الليلى اللاإرادى نتيجة لعدم كفاية الندفئة ، أو لتناول الطفل كمية كبيرة من السوائل تضغط على المثانة ، وعدم وجود رعاية له حين يستيقظ طالباً التبول فيعتاد أن يتبول لا إرادياً .

أما الأسباب النفسية الشائعة فتكون الغيرة بسبب ميلاد طفل جديد ، حيث تشكل الغيرة دفع الطفل الكبير لتقليد الطفل الوليد فى أفعاله ليجد الإهتمام والرعاية من الأم مثلما تفعل للطفل الصغير ، كما تحدث نتيجة لإنعكاس الصراعات الوالدية ، كالشقاق الأسرى والطلاق ووجود الطفل فى بيئة انفعالية محبطة ، أو تسبب فى أسلوب الرعاية أو القسوة فى الأوامر الوالدية ، مما يجعلها أحد ميكانيزمات الرفض اللاشعورى لما يرغبه الآباء ومحاولة إزعاجهم كرد فعل لا شعورى على شعوره بالرفض والإزعاج ، ومع الأخذ فى الإعتبار أن هذا السلوك قد يكون مرتبطاً بانتقال الأسرة من مقر إلى مقر آخر أو بداية دخول الطفل إلى المدرسة .

المشكلات النفسية المرتبطة بالتبول اللاإرادى :

يسبب التبول اللاإرادى العديد من المشكلات النفسية والاجتماعية ، أولها الشعور بالخزى نتيجة الفعل الذى يجعله يختفى من الأنظار ويخفى فعلته فى الوقت الذى تعجز فيه حيلته عن تجنب اللوم والعقاب من جانب الأبوين والأقران ، وهذا ينعكس على تقديره لذاته حيث يشعر بالدونية وينخفض مستوى طموحه ، ويتأثر مستواه الدراسى وعلاقاته الاجتماعية وقد يصاب بالقلق الاكتئابى ، مما يدفعه إلى السلوك التجنبى أو الإنسحابى من الأنشطة الاجتماعية ، وقد يقاوم الذهاب إلى المدرسة إذا كانت تحدث له أثناء النهار ، فضلاً عن شعوره بالعزلة إذا ما قامت الأسرة بعزله عن فراشه وترتيب أماكن أقل من مستوى أقرانه بسبب بلله للفراش .

علاج حالات التبول اللاإرادى :

للوقاية من تفاقم مشكلة التبول اللاإرادى ينبغى تجنب القهر والعقاب الزائد والتهديد والعزل والتعامل على أساس فهم صراعات الطفل ، ومساعدته على التعبير

عن انفعالاته وحاجاته الخاصة، والوعي بطبيعة السلوك الطفلي في حال ميلاد طفل جديد وسلوك الأقران الذي يخالطهم الطفل وأوساطهم الثقافية الاجتماعية والإقتصادية.

ويعد العلاج السلوكي والتحليل النفسي للأطفال والتدخل الدوائي من العلاجات الفعالة للتغلب على التبول اللاإرادي.

العلاج السلوكي :

وتستخدم فيه فنيات التشريط الكلاسيكي لتكوين فعل منعكس شرطي من خلال سرير مجهز لهذا الغرض ، حيث يتم توصيل جرس رنان بالفراش عند المنطقة البولية، فإذا بدأ الطفل في التبول تتصل الدائرة الكهربائية آلياً فيضرب الجرس فينتبه الطفل ، ويستيقظ ، ومع الوقت يتعلم الطفل الاستيقاظ عند الشعور بامتلاء المثانة.

وتوجد برامج سلوكية مبتكرة للتحكم في التبول اللاإرادي نهاراً وليلاً . ولسوف نذكر هنا نموذجاً تدريبياً أورده عبد الستار إبراهيم وعبد العزيز الدخيل ، ورضوى إبراهيم في مؤلفهم الرائع « العلاج السلوكي للطفل والمراهق» :

فعلى مستوى التدريب لحالات التبول النهاري : ينفذ البرنامج التالي :

١ - تصميم جدول للمكافآت يشبه الجدول التالي :

جدول المكافآت الرمزية

السبت	الأحد	الإثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة

٢ - يعلق الجدول في مكان بارز .

٣ - يتم شراء بعض الهدايا البسيطة بحيث تتضمن هذه الهدايا مأكولات أو مشروبات أو أشياء مكتبية ، وبعض النجوم اللاصقة والأشياء المحببة إلى الطفل .

٤ - يتم شرح البرنامج للطفل بعبارات بسيطة مثل ، أريد أن أساعدك على أن تتوقف عن التبول في ملابسك ، وأن تبقى جافاً طوال اليوم ، وفي كل مرة تذهب إلى الحمام ، سأضع لك نجمة مثل هذه على الجدول ،

وستحصل أيضاً على هدية تحب أن تحتفظ بها أو تأكلها ، وسنبدأ من الآن».

٥ – إذا ذهب الطفل فعلاً إلى الحمام للتبول ، يقوم المدرب بمدح هذا السلوك لفظياً بعبارات مستحسنة لدى الطفل ثم تلصق له نجمة ، ونسأله عن الهدية التي يريد الحصول عليها من قائمة الهدايا المتاحة .

٦ – يتم الإعلان من جانب المدرب في آخر اليوم مع بقية أفراد الأسرة بأن الطفل قد نجح في الذهاب للحمام أكثر من مرة . ويعاد امتداح سلوكه وتعاونه .

٧ – في الأيام التي تمر دون أن يبلل ملابسه نضع نجمتين إضافيتين .

أما إذا رفض أن يذهب إلى الحمام ، فلا نرغمه ولا نسخر منه ، ولا نبد مشاعر الغضب ، وإنما يتم تشجيعه لفظياً على الذهاب إلى الحمام مع الاستمرار في عملية التدعيم السابقة ، وإذا استمر على الرفض يمكن أن نضيف بعض الحث البدني بالتربيت الخفيف واللطيف ، ونصطحب الطفل للحمام .

وفي الأيام التي تمر دون أن يبلل ملابسه نستمر في مضاعفة التدعيم بإضافة نجمتين مع امتداح السلوك في نهاية اليوم علناً أمام بقية أفراد الأسرة ، وجعله يختار الهدية المتاحة أو يطلب هدية يمكن شراؤها .

٨ – بعد ذلك يتوقف تقديم الهدايا تدريجياً مع زيادة عدد النجوم لكل هدية ، مع الاستمرار في امتداح وتشجيع السلوك وفي إضافة النجوم إلى أن تتحول النجوم إلى مصدر للتدعيم الرئيسي.

وإذا حدثت انتكاسه وعاود الطفل بلل ملابسه ينبغي أن يؤخذ الأمر ببساطة بدون غضب أو تأنيب ونكتفي بالتعليق البسيط من قبيل « لقد نسيت اليوم وبللت نفسك، هيا معي إلى الحمام حتى أعرفك كيف تقوم بنظافة ملابسك » ونطلب منه أن يخلع ملابسه المبللة ويضعها في المكان المعد للغسيل .

أما على مستوى التدريب لحالات التبول الليلي اللاإرادي :

فيعرض المؤلفون البرنامج التالي : « يبدأ البرنامج بنفس الخطوات السابقة ، ويحتاج لنفس المواد ، وتشرح الأم أو الأب للطفل البرنامج بعبارة بسيطة مثل « واضح إنك الآن كبرت وبدأت تنمو وتنضج . واعتقد أنك تريد أن نساعدك لتتوقف عن

عملية التبول أثناء الليل . فأنا أعرف أنها تسبب لك الإزعاج بسبب الرائحة ، وتغيير الملايات وغسيلها كل يوم ، وسنستخدم لذلك برنامج مكافآت ، ولهذا نريدك أن تختار الأشياء التى تعجبك أو تحب أن تكون لديك من هذه القائمة، (المدعمات والهدايا المعدة) .

والآن إذا مرت ليلة بدون أن تبلل فراشك فستحصل على مكافآتك فوراً فى الصباح ، وستحصل على نجمة ذهبية فى الجدول المعلق هنا .

ويتم تقديم المدعم المطلوب فى اليوم التالى مباشرة إذا نجح الطفل فى الحفاظ على سريره جافاً.

ويمكن رفع عدد النجوم المطلوبة لكل هدية تدريجياً إلى أن تصل لوقت يمر فيه بضعة أيام قبل أن يتمكن من صرف النجمات لشراء هدية أو التمكن من ممارسة نشاط أسبوعى أو شبه أسبوعى مع والده أو أحد من الكبار فى عائلته ، كان يمارسه فى السابق بشغف على أى حال.

ويتم امتداح السلوك أمام أفراد الأسرة كل مرة ينجح فيها الطفل ، وإذا فشل فى يوم من الأيام فلا نؤنبه أو ننتقده ، بل ندعه يضع الملابس والأغطية المبللة فى المكان المعد للغسيل . ومن المؤكد أن الطفل سينجح فى بعض الليالى وسيفشل فى البعض الآخر ، والمهم أن يستمـــر تطبـــيق البرنامج حتى ينجح الطفل فى عـــدم التـــبول اللاإرادى أثنـــاء الليـــل لعدة أسابيع (عبد الستار إبراهيم ، وآخرون ، ١٩٩١ ، ص ١٧٢ - ١٧٥) .

العلاج بالتحليل النفسى :

يمكن استخدام التحليل النفسى فى مثل هذه الحالات إذ يعد التبول اللاإرادى من أعراض اضطرابات عصابية نتيجة خلل فى البناء النفسى للطفل كانعكاس طبيعى لأسلوب التنشئة والرعاية الأسرية الخاطئة، فالصراعات الباطنية أو اللاشعورية قد تدفع الطفل إلى الإتيان بهذا السلوك كتعبير عن الرفض أو التوحد بالطفل الصغير المحبوب من الأم أو تحقيق مكاسب أولية أساسها الإشباع الجنسى الطفلى (الشبقية البولية الخيالية) أو تحقيق مكاسب ثانوية كأن يمتنع من الذهاب إلى المدرسة أو تكليفه بواجبات أخرى ، ولكنها فى الوقت نفسه تشكل عائقاً نفسياً مركباً ، فمع تزايد الحالة يتزايد معها اضطراب العلاقات الاجتماعية ، ويصبح الطفل منطوياً محصوراً فى همه الخاص حيث يغالب مشاعر الخزى المرتبطة بالسلوك ، وإذا كان الأبوين على نحو من القسوة ، فإن بناءه الخلقى يكون قاسياً ، مما قد يحرك لديه مشاعر ذنب، ومع التكامل

التنظيمي للبناء الرمزي للطفل من خلال التحليل النفسي يمكن للطفل أن يستعيد توازنه النفسي ويستعيد توازنه العضوي .

العلاج الدوائي :

يتدخل الأطباء النفسيون ببعض العلاجات المضادة للاكتئاب والتي تعمل على تنظيم الجهاز العصبي المستقل لتحقيق الضبط الآلي للمثانة والتحكم في الإخراج البولي . (Kalpan & Sadock, 1998)

ثانياً : التبرز اللاإرادي Encopresis

وهو خروج البراز لا إرادياً بصورة متكررة ووضعه في أماكن غير مخصصة لذلك مثل الملابس أو الأرض . وتستمر الظاهرة لمرة على الأقل في الشهر ، وتستمر على الأقل لثلاثة أشهر على أن يكون عمر الطفل أربع سنوات ، ولا تكون هذه الحالة كنتيجة لإصابات عضوية شرجية أو لأسباب طبية أخرى .

وتعود هذه الحالة للعديد من الأسباب الفسيولوجية والنفسية ، فقد تعود إلى قصور التدريب الكافي على تنظيم الإخراج أو عدم الإستجابة المناسبة للتدريب مع وجود تاريخ من الفشل في ضبط الإخراج.

وقد تعود إلى وجود حالة من الإمساك تتزايد فيها كمية البراز المدفوع عن قدرة العضلة القابضة للتحمل مما تدفع الطفل لإفراغ برازه في أي مكان ، وقد تعود لأسباب أخرى مثل خوف الطفل من الذهاب إلى الحمام ، وقد تعود إلى فشل الطفل في تنظيف نفسه ، مما يجعله يلطخ نفسه بالبراز ، ولا يكون مستحباً أن يذهب إلى الحمام كمكان طبيعي للإخراج .

وفي الغالب ما تكون الأسباب الانفعالية والقلق والخوف وسلوك العناد وراء حدوث هذه الحالات.

ولقد أولى التحليل النفسي التقليدي اهتماماً خاصاً بما يسمى بالمرحلة الشرجية التي تتسم بالقبض أو الإمساك والإلقاء ، حيث ينتظم الليبدو أو الطاقة النفسية الباعثة على اللذة في منطقة الشرج ، تلك التي تتسم بالعناد والقلق الإضطهادي والخوف الغامض من الإعتداء عليه من الخلف كأساس لاضطراب البارانويا.

ويشيع هذا الاضطراب بكثرة لدى الذكور بنسبة (١,٥ ٪) عنه لدى الإناث بنسبة (٠,٥ ٪) في الأعمار من ٧ – ٨ سنوات ونسبة ١,٣ ٪ لدى الذكور ، ٠,٣ ٪ لدى الإناث في الأعمار ١٠ – ١٢ سنة ، كما توجد علاقة ارتباطية دالة بين التبول

اللاإرادى والتبرز اللاإرادى.

العــلاج :

يمكن استخدام فنيات العلاج السلوكي المتبعة مع حالات التبول اللاإرادى ، ولكن بصورة مكثفة خاصة إذا كان الطفل يعاني من الحالتين . مع الأخذ في الإعتبار علاج التبعات المرتبطة بهذا الاضطراب مثل مشاعر الخزى والغضب والقلق وسلوك التجنب والدونية ، ويمكن التدخل العلاجي بتغيير أسلوب الأسرة في السيطرة على أحداث حياتهم اليومية ، وإدارة حاجات الأطفال بشكل منتظم ، حيث يشعر الطفل بالسيطرة ، وتنظيم الإخراج ، إذا تمكن من السيطرة على أحداث الحياة .

ومع تطور الأساليب العلاجية أمكن استخدام أسلوب التغذية المرتدة أو البيوفيدباك من خلال تعلم السيطرة على حركة الأمعاء والعضلة الشرجية القابضة ، حيث يمكن لهذا الأسلوب التدريبي مع التدريب على الإسترخاء أن يحقق نتائج طيبة في سيطرة القدرات المعرفية على الاضطرابات الفسيولوجية . وفي أحيان كثيرة تكون هذه الحالة مجرد عرض لاضطراب نفسي أو لصراع نفسي قد يزول بزوال أسبابه النفسية ، وفي ذلك يمكن تدخل العلاج بالتحليل النفسي للأطفال للمساعدة على التعبير التلقائي عن الانفعالات والمشاعر بدلاً من التعبير الرافض عن طريق الخلل في ضبط الإخراج.

إضطرابات القلق Anxiety Disorders

القلق في ذاته من لوازم الوجود النفسي ، ويتزايد القلق والتوتر مع نقصان القدرة المعرفية لتفسير المثيرات والأحداث الغامضة ، أو قصور القدرة المعرفية في السيطرة على الأجهزة العصبية العضوية ، وتشكل حالة الطفل النفسية خليط من حالات القلق ، فمنذ الميلاد تتشكل الصدمة ، صدمة الإنتقال من العالم البيولوجي التناغمي مع جسد الأم آلياً إلى حالة الإنفصال الأول عن هذه الحالة التي تمثل قمة السعادة ، حيث يغيب فيها القلق تماماً ، وتتعدد مستويات القلق وفقاً لتعدد المثيرات التي تؤدى إلى هذا القلق ، فمع ميلاد الطفل هناك توتراً عصبياً نتيجة للجوع والحاجات البيولوجية التغذية والإخراج والتدفئة ، وما إلى ذلك ، ويتراوح إشباع الطفل بين حضور وغياب الأم ، بين استمرار تدفق اللبن ونقصانه ، وكلها حالات تسبب القلق الأولى ، ثم ما تلبث أن تنمو احساسات الطفل التي تسبق قدراته العقلية ، فينمو وجدانه قبل معارفه ، وتتداخل المثيرات الحسية إلى كيانه العقلي ، ولكنه ما يزال عاجزاً عن التعبير اللغوى ، فيلجأ إلى البكاء والصراخ والتململ ، أو زيادة الحركة ، ثم تأتى اللغة

كمصدر للأمان والخوف معاً ، ومعها تتزايد إمكانية حدوث حالات القلق كلما دفعه نموه إلى التنازل عن لذة بيولوجية نرجسية إلى لذة معنوية إجتماعية.

ولهذا فإن حساسية العلاقات الأسرية بالطفل من شأنها أن تسبب حالات من القلق تخرج عن القلق السوى لتصل إلى مستويات القلق العصابى الذى يشكل خللاً فى الديناميات النفسية لعلاقة الطفل بذاته وعلاقته بالآخرين ، ومن أشكال اضطرابات القلق حالات قلق الانفصال ، والقلق الاجتماعى ، والمخاوف المرضية ، وكلها تدخل فى إطار الاضطرابات الانفعالية ، فضلاً عن إمكانية ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية ، والأعراض الهستيرية كملازمات لحالة القلق.

أولاً : قلق الإنفصال : Separation Disorder

تشير حالات قلق الإنفصال إلى تزايد معدلات القلق إلى الحد المرضى . إذا حدث أن ابتعد الطفل عن منزله أو انفصل عن الأشخاص الذين يتعلق بهم ، حيث تبدو عليه مظاهر الإنسحاب الاجتماعى والتبلد والحزن وصعوبة فى التركيز سواء فى الواجبات المنزلية أو المدرسية واللعب . وطبقاً لمستوى عمر الطفل يمكن للطفل أن يعانى من الخوف من الحيوانات ، والأشباح ، والظلام ، والتماسيح ، والسفر بالطائرة ، واللصوص ، والاختطاف وكل المواقف التى تستدعى الشعور بالخطر ، كما يشيع فى هذه الحالة التفكير فى أو الخوف من الموت ، وقد يرفض الذهاب إلى المدرسة نتيجة شعوره بالقلق ، مما يؤدى إلى صعوبة تعليمه ، وتدهور مستواه الدراسى نتيجة قصور القدرة على التركيز ، وقد تتزايد حالات الغضب لدى الأطفال نتيجة شعورهم بالخوف، وإذا كان الطفل وحيداً يصاب بتشوش فى الإدراك ، فقد يرى أن شخص يتسلل إلى حجرته ، ويتسلل إليه الرعب من أن عيون تحدق أو تحملق ناظرة إليه ، وفى هذه الحالة يكون الطفل كثير المطالب والإلحاح ، مما يؤدى إلى إزعاج الأهل وتزايد مستويات الإحباط . وقد يشكو الطفل من مشاكل بدنية مع مزاج مكتئب ، ويمكن أن تتطور الحالة لتصل إلى اضطراب الذعر والخوف من الأماكن المفتوحة.

معايير التشخيص طبقاً لـ DSMIV :

أ – قلق زائد عن الحد غير مناسب لمستوى النمو ، يأتى نتيجة الإنفصال عن المنزل أو عن الأشخاص الذين يتعلق بهم الطفل يظهر فى ثلاث أو أكثر مما يلى :

١ – الشعور الزائد بالمحنة عندما ينفصل عن المنزل أو شخص يتعلق به.

٢ – الإنزعاج المستمر من الضياع أو التوهان، والخوف من أن يصيب أهله أو المتعلقين به أذى أو مصيبة.

٣ – الإنزعاج الشديد والمستمر من وقوع مصائب تسبب له غياب أو انفصال عمن يرتبط ويتعلق بهم (فقدانه أو اختطافه).

٤ – مقاومة أو رفض الذهاب إلى المدرسة أو أى مكان خشية الضياع أو الانفصال.

٥ – الخوف الدائم والمستمر من أن يكون وحيداً بدون الشخص الذى يحبه أو يتعلق به.

٦ – مقاومة أو رفض الذهاب إلى النوم بدون أن يكون بجواره الشخص الذى يتعلق به ومقاومة النوم خارج المنزل.

٧ – معاناة من كوابيس الليل المتعلقة بأخاييل الانفصال.

٨ – الشكوى المتكررة من أعراض بدنية مثل الصداع، والمغص المعدى، والدوخة، والقيء عندما يبتعد عن الأشخاص الذين يتعلق بهم.

ب – ينبغى أن تستمر الحالة لمدة أربع أسابيع على الأقل حتى يتكامل التشخيص.

جـ – أن تحدث هذه المظاهر قبل سن الثامنة عشرة.

د – يسبب الاضطراب تعطل واضح فى العلاقات الاجتماعية والأداء الدراسى أو الميادين ذات الصلة واللعب.

هـ – لا تكون هذه الأعراض حادثة كنتيجة لاضطراب نمائى منتشر، أو الفصام أو أى اضطراب ذهانى آخر، أو فى طور البلوغ حيث يكون الاضطراب نتيجة لنوبات الذعر مع الخوف من الأماكن الواسعة. وقد يحدث الاضطراب قبل سن السادسة فى طور مبكر.

مدى انتشار قلق الانفصال:

يشيع انتشار قلق الانفصال لدى الأطفال الصغار عنه لدى المراهقين، وخاصة فى السن ما قبل المدرسة، ولكنه يشيع بصفة أكثر فى الأعمار بين السابعة إلى الثامنة، ويقدر بنسبة ٣ إلى ٤ ٪ بين تلاميذ المدارس.

الأســــباب :

١ – العوامل البيوسيكوسوشيال (العضوية – النفسية الاجتماعية)

Biopsychosocial

نتيجة لعدم نضج الأطفال فإنهم يعتمدون بصفة أساسية وغالبة على الأم ، فالطفل الذى تبدو لديه مظاهر التعلق شديدة بالأم ، وتقوم الأم بتدعيم هذه الحالة ، فاحتمال إصابته بقلق الإنفصال أكبر ، فالحماية الزائدة وزيادة تعلق الأم بالطفل وعدم تركه للتفاعل مع أشخاص آخرين أو أقران ، قد تؤدى إلى تطور أعراض التعلق لديه ، ويحدث له قلق الانفصال نتيجة للقلق الزائد الذى تبديه الأم حيال ترك طفلها بعيداً.

كما يؤدى الوسط الثقافى الاجتماعى إلى حدوث هذه الحالات إذا كانت الأسرة تعيش فى عزلة ، كما تؤثر أحداث الحرب والضغوط التى يعايشها سكان المدن الكبرى على عزل الطفل وعدم مشاركته فى الأنشطة الاجتماعية خارج إطار الأسرة ، مما يسبب له قلق الإنفصال ، كما قد تسبب الأقدار حدوث هذه الحالة بموت الشخص الذى يتعلق به الطفل ، أو نتيجة للتغير فى السكن والوسط مثل حالات الهجرة التى يضطر فيها الأهل للعيش فى عزلة ، وتتزايد هذه الحالة إذا ما كان لدى الطفل مشاكل فسيولوجية مثل الكف العصبى ، مما يجعله أكثر عرضة لقلق الإنفصال.

٢ – عوامل القلق المتعلم Learned Anxiety

يمكن أن يكتسب الطفل قلق الخوف نتيجة لوجود أبوين يعانون من الخوف ، فيكون النموذج الذى يتلقاه الطفل ويتعلمه هو الخوف ، ويقبل بعض الآباء على تعليم أبنائهم القلق والحرص الزائد لحماية أنفسهم من المخاطر ، وعلى نحو آخر فإن زيادة الغضب من الطفل الذى يخاف من الحيوانات مثلاً وتحفيزه بشدة على عدم الخوف فإنه يدفع الطفل إلى الخوف بصورة أكبر.

٣ – عوامل سيكودينامية :

لا يشكل القلق فى حد ذاته بنية إكلينيكية وفقاً للتوجهات التحليلية المعرفية ، وإنما يشكل القلق حالة ملازمة لكل الأبنية الإكلينيكية الأخرى وفقاً لمستوى الصراع النفسى المعاش ، وتعود اضطرابات القلق إلى سيطرة النظام الخيالى الذى تبقى فيه عناصر مترسبة من الواقع النفسى الطفلى الأولى الذى تسيطر عليه أخاييل التمزق والتشطر البدنى ، ومع دخول الطفل إلى العالم الخيالى ، حيث يعمل العقل من خلال المثيرات الصورية المدركة من خلال النظر أو التصور العقلى للمثيرات الأخرى .

كالألم وما إلى ذلك من احساسات سمعية ولمسية ، فإن صور الخوف في الخارج تنتقل إلى الداخل ، حيث يكون العالم الخيالي للطفل مليء بكل أشكال الرعب والتفسخ والخوف نظراً لعدم قدرته على السيطرة على المثيرات الخارجية ، وفشله الرمزي أو العقلي في تفسير مثيرات الخوف ، فالعين الشريرة الناظرة إليه، غير عين الأم الحنونة من شأنها أن تستدعي حالات القلق والخوف ، ومع قصور التطور الطبيعي للطفل للانتقال من عالم الصورة والأشباح والأوهام إلى عالم اللغة والتفسير المنطقي وانتظام الحياة حول الكلام ، يكون القلق والخوف هما المسيطران على المسرح السلوكي للطفل، حيث تعجز الصورة الأبوية المستدخلة عن تحقيق الأمان الرمزي ، وإكساب الطفل هويته ، فيظل تائهاً في دروب خياله النرجسي الذي لا يعرف سوى الفتنة أو الغواية للصورة المرآوية ووجه الأم ، ويصبح تعلقه بهذه الصور هو السبيل لطمأنته ، حتى إذا ابتعد عن هذه الصور لا يرى في النماذج الرمزية الأخرى سوى صور معادية مخيفة، ومجرد الابتعاد أو التخلي عن موضوعاته الطفلية يطارده القلق والتهديد ، وتبدو هذه الصورة أكثر عنفاً في المراحل المتقدمة من الطفولة ، وفي بداية الرشد ، حيث تطارد الفرد نوبات من الذعر مجهولة المصدر لكونه قد تاه في دروب الخيال وفشل في تحسس دربه وسط الوجود الاجتماعي مع الآخرين . ويصبح الخوف أبعد من موضوعاته حيث يأخذ الخوف أبعاداً رمزية أخرى لا وجود لها في العالم الواقعي ، وقد تصل الحالات إلى الهلاوس والهواجس.

ثانياً : قلق المخاوف (الرهاب أو الفوبيا) Phobic Anxiety

وينبغي أن نفرق بين الخوف الطبيعي كميكانيزم نفسي بيولوجي لتجنب الأذى مثل الخوف من الحيوانات المفترسة ، والحشرات الضارة ، والأماكن المهجورة ، والنار، والمتفجرات ، وكل الموضوعات التي يتعلم الإنسان أن يخشاها ويتجنبها سواء بصورة آلية أو بصورة مكتسبة.

بينما يكون الخوف المرضي خوفاً من موضوعات لا تثير الخوف أصلاً لدى معظم الناس ، مثل الخوف من الحيوانات الأليفة ، والأماكن المفتوحة والمغلقة ، والسحاب والمطر ، والرياح ، وما إلى ذلك من موضوعات لا تثير الخوف ، حيث يكون الخوف هنا خوفاً رمزياً ، حيث أشار فرويد في عام ١٩٠٩ في تحليله لحالة هانز الصغير الذي كان يخاف من الحصان كرمز للخوف من الأب فضلاً عن خوفه من أن ينجرح الحصان في صورة تناقض بين مشاعر الحب والكراهية ، فبدلاً من أن يخاف من الأب ، أصبح يخاف من الحصان عن طريق إزاحة الخوف من موضوع إنساني إلى موضوع رمزي بديل حتى ينجح من إزاحة الخوف من السبب إلى موضوع

خارجي ، مما يجعله يتجنب هذا الموضوع ، فالصور الأبوية القاسية أو الأب الذي يواصل حرمانه للطفل ومنعه عن التعبير عن رغباته بصورة تلقائية دون أن يعلمه كيف ينظم رغباته ويصله بالعالم السوى ، إنما يترك الطفل فريسة لآليات العدوان الخيالي تجاه الأب في وقت لا يستطيع الطفل فيه أن يعبر لفظياً أو بدنياً عن هذا العدوان ، وإنما يتمثله خيالياً ، فيعيشه على مستوى الصورة ، ويسقطه على الواقع، ويستخدم ميكانيزم الإزاحة أو التعبيرات الكنائية عن الصورة المخيفة للأب بصورة مخيفة لموضوعات رمزية .

ولهذا تكون الفوبيا مجرد مناورات دفاعية للتغلب على موقف ذى حاجات أو رغبات متعارضة . (رأفت عسكر، ١٩٩٠)

وتنتظم معظم المخاوف المرضية حول الخوف من الأماكن الواسعة ، فاستيعاب الوجود والإدراك الكوني للعالم المحيط بتطور معرفياً بتطور القدرات المعرفية الإدراكية وأنظمة التعلم واكتساب الخبرات المعرفية المنظمة حول الظلام والصحراء والأرض والسماء والأفلاك ، وما إلى ذلك ، كل هذه الخبرات كان لها تفسيراً طفلياً بدائياً قديماً، فالطفل يضع تفسيرات خيالية من أوهامه وصوره العقلية الخاصة لهذه الموضوعات ، وتصبح رموزها مرتبطة ببنية خيالية مريحة ومطمئنة أو شريرة وباعثة على القلق والخوف ، ومن هنا ينبغي التركيز على أن مخاوف الطفل من موضوعات أصلية أو موضوعات رمزية تشكل مرحلة نمائية انتقالية تطورية ، وإذا ما اضطرب الوسط المعرفي الذي ينمو فيه الطفل فإن الموضوعات الخيالية هي التي يمكنها أن تسيطر على الأنظمة النفسية ، وتظل باعثة للخوف ، وتظل موضوعات للقلق والتوتر غير المبرر.

ثالثاً : قلق التجنب الاجتماعي :

يرتبط قلق التجنب الاجتماعي بقلق الانفصال والمخاوف المرضية ، فالتجنب هو الميكانيزم الرئيسي الذي يشكل العلامة التشخيصية على وجود حالة من القلق أو الخوف ، وفيها يتجنب الطفل الإرتباط بالأقران أو الذهاب إلى المدرسة أو النادي ، أو أية أماكن تسبب له القلق خارج البيت ، وهو ما يمكن أن نسميه تعميم التجنب ، فآفاق المرعب والعالم الخيالي السلالي الموروث والمعاش على مستوى الخبرة الطفلية ، يجعل الطفل تائهاً مرعوباً حين يخرج من إطاره إلى عالم لا يستطيع استيعابه ، وآفاق رغبته الداخلية ، فيدافع بالتجنب عن الوجود في مثل هذه الأماكن لكونه يتوقع أن تهاجمه نوبة من الذعر لا يستطيع التحكم فيها ، أو لا يجد من يسانده ، فيدافع

بالإغلاق الكامل للمسارات الحسية والإدراكية ، حيث يصاب فيها الطفل بنوبة من الإغماء تسبقها تغيرات فسيولوجية شديدة في رفع درجة الإستعداد للجهاز السمبتاوى مثل تصبب العرق ، وضيق حدقة العين ، وارتفاع معدلات النبض أو سرعة دقات القلب ، وزيادة التنفس ، والرغبة في التبول ، وما إلى ذلك من أعراض انفعالية ناتجة عن حالة القلق ، وهذه الحالة تشكل سبباً أساسياً للألم النفسي الشديد الذي لا يستطيع أن يعيد فيها الطفل توازنه فتجعله رهن لمدركات القلق والخوف الاجتماعي سواء على مستوى الأشخاص أو الأماكن.

علاج القلق :

نظراً لكون حالات القلق تعد من المشكلات الانفعالية نتيجة لتعلم خاطيء أو لقصور في التنظيم المعرفي للسيطرة على موضوعات الخوف والقلق يكون وراءها عوامل وراثية وبيئية ، فإنه ينبغي أن يؤخذ في الإعتبار حالة الطفل والأبوين والوسط المعاش وموضوع القلق نفسه سواء كان مدرسة أو نادى أو أى مكان آخر ، وتؤدى العلاجات السلوكية مثل التحصين التدريجي ، والكف بالنقيض ، والتشريط الإجرائي إلى نتائج طيبة مع الطفل مع أهمية الإرشاد الأسرى وتدخل الأبوين في التدريب على البرامج المقدمة مع تعديل الوسط المخيف ، وتهيئة الأجواء لتطوير قدرة الفرد على السيطرة على انفعالاته من خلال تمارين الاسترخاء وتنظيم الوقت ، وتنمية المهارات الاجتماعية بحيث يصبح لدى الطفل قدرة معرفية نامية يسيطر من خلالها على المواقف المثيرة للقلق بدلاً من تجنبها ومعايشتها على المستوى الخيالي.

وينظر التحليل النفسي للقلق كجزء من اضطراب نفسي أعمق تكون مظاهر الاضطراب البادية هي تلك الأعراض ، وإذا نظرنا إلى برامج التحليل النفسي في التعامل مع الأطفال لا تختلف كثيراً عن التيارات المعرفية ، حيث يركز التحليل النفسي على تفليط المشاعر لإعادة بناء الخبرة على أساس رمزى أو معرفي يمكن من خلالها للطفل أن يسيطر على حفزاته الداخلية المستهجنة التي ترتبط بعالمه الخيالي المخيف الذي يسقطه على الواقع ، وعندما تتكشف حقيقة الاضطراب يصبح موضوع الخوف موضوعاً للأمان وغير مخيف .

وفي إطار التدخلات الدوائية يميل الأطباء النفسيون إلى استخدام جرعات خفيفة من مضادات القلق ، ومضادات الاكتئاب للسيطرة على حالة التوتر والأعراض الشديدة للقلق ، إلا أن العلاج النفسي الفردى والجمعي يكون أكثر فعالية وأمناً ، حيث تسبب هذه الأدوية الاعتماد النفسي الذي قد يسبب مشكلة أعقد ، ولا يتغلب على المشكلة الأساسية للقلق.



الفصل السادس

- الاضطرابات المزاجية
- اضطرابات الأداء الإجتماعي
- اضطراب الحركة النمطي
- الفصام عند الأطفال
- اضطرابات النوم
- الإدمان



الاضطرابات المزاجية عند الأطفال
Mood Disorders

تتعدد أشكال اضطرابات المزاج عند الطفل ، مثل نوبات كبرى من الاكتئاب ، والاضطراب الدوري المتزاوج بين الاكتئاب والمرح ، والاضطراب الثنائي اكتئاب – هوس ، والقريفة أو عسر المزاج.

والاكتئاب في معظم أحواله هو خفض في الطاقة ونقص في الهمة والمعنويات، وتنعكس الأعراض العامة للاكتئاب في اضطراب النوم بين تزايد فترات النوم أو الأرق، واضطراب الشهية بين تزايد الإقبال على الطعام أو رفضه ، واضطرابات الحركة والتأخر النفسي الحركي، وهبوط الهمة ، مع نوبات من الحزن والبكاء والغم وعدم الإستقرار ، ونقصان القدرة على التركيز ، وتشويه وتشويش الإدراك والإنسحاب من الحياة وزيادة الكوابيس ، والتفكير في الموت أو الإنتحار.

(عبد الله عسكر ، ١٩٩٨).

ومن الصعب تشخيص هذه الأعراض في الطفولة المبكرة ، إنما يتزايد الاكتئاب بتزايد العمر ، فقد نلمس بعض أعراض اضطرابات المزاج في السن المدرسي ويتزايد في المراهقة حيث تتضح معالم تشخيصه.

أسباب اضطرابات المزاج :

العوامل الوراثية : تشير البحوث إلى وجود نسبة كبيرة بين الأطفال المصابين باضطرابات المزاج الذين لهم تاريخ عائلي للإصابة بهذه الاضطرابات وخاصة النوبات الاكتئابية الشديدة.

العوامل البيولوجية : تشير البحوث إلى وجود اختلالات في الموصلات العصبية لدى المصابين باضطرابات المزاج نتيجة لاضطرابات هرمونية ، وخاصة الهرمونات الحافزة على الحركة والنشاط وانضباط الإيقاع المزاجي.

العوامل النفسية الاجتماعية: تتعدد العوامل النفسية الاجتماعية المسببة للاضطرابات المزاجية عند الأطفال فتواتر الحرمان يحيل الطفل بعيداً عن المرح والسعادة ، مما يصبغ مزاجه بصبغة اكتئابية ، وفقد الموضوعات المحببة للطفل أو أحد الوالدين من شأنه أن يسبب حالات غامضة من الحداد والحزن يمكنها أن تتطور للوصول إلى الاكتئاب ، كما أن المزاج الأسرى السائد يؤثر في طبيعة الأمزجة الطفلية، فالمزاج المكتئب الحزين داخل الأسرة لفترات طويلة يمكنها أن تجعل من السواد حالة تصبغ مزاج الأطفال ، فضلاً عن تعلم الطفل الانسحاب والعجز ، وعدم منحه الفرصة للعب والتعبير الانفعالي والتواصل الاجتماعي بالأقران . كلها عوامل معجلة بالاكتئاب الذي يلازم الوجود البشري طبقاً لسلسلة الفقد والتنازلات التي يمر بها الكائن البشري منذ ميلاده والتي تحتاج إلى مدعمات إيجابية ، ومساندة معرفية للتغلب على الإدراك السلبي للعجز الطفلي واستثمار هذه العجز في تطوير البنية النفسية القادرة على النمو ضد الحرمان .

المظاهر الإكلينيكية لاضطرابات المزاج:

أولاً : نوبات اكتئابية كبرى :

نظراً لكون الأطفال الصغار لا يستطيعون التعبير عن مشاعرهم . فإن أعراض الاكتئاب تتبدى في الشكوى البدنية ، والهياج النفسي الحركي ، وهلاوس مرتبطة بالمزاج ، وفقدان الاستمتاع باللذة . وتتزايد المظاهر الاكتئابية بالتقدم نحو البلوغ وخاصة التأخر النفسي الحركي (هبوط الهمة) واليأس والتشاؤم والحزن والقرف من النفس (سلوك اتهام الذات أو كراهيتها) . حيث يمكن أن نلتقي بمعايير تشخيص الاضطرابات الاكتئابية الكبرى لدى المراهقين والراشدين حيث تظهر أعراض المزاج المكتئب الحزين ، وفقدان الاستمتاع باللذة ونقصان الوزن ، والأرق أو اضطراب النوم، والشعور بالذنب ونقصان القدرة على التركيز ، وتكرار التفكير في الموت ، ولابد أن تسبب مثل هذه الأعراض اضطرابات في الوظائف الاجتماعية والدراسية ، وميادين الأنشطة التي تتطلب الدافعية والنشاط.

والمهم أنه يجب مراعاة فروق التشخيص طبقاً للعمر ، وعلى الأخصائي الإكلينيكي أن يسأل الطفل مباشرة عن أحواله المزاجية ، عما إن كان حزيناً أو مكتئباً أو قرفان ، أو أنه غير سعيد . فضلاً عن متابعة المؤشرات الاكتئابية على الوظائف الأخرى مثل قصور التركيز الذهني وبطء التفكير واللامبالاة والتبلد وغياب الدافعية والتعب لأقل مجهود ، والرغبة الزائدة في النوم ، وكل هذه المظاهر تشير إلى معاناة

الطفل من حالة اكتئابية ، مما يجعلنا ندقق في عمليات التشخيص لأن مثل هذه الأعراض يمكن تفسيرها على أنها أعراض اضطرابات أخرى وخاصة في المراهقة ، إذا كان المراهق ممن يتعاطون المخدرات أو المواد المؤثرة في الأعصاب والتي من شأنها أن تسبب الأعراض الاكتئابية الشبيهة بالنوبات الاكتئابية الكبرى . كما يؤخذ في الاعتبار أنه ينبغي أن تشخص هذه الأعراض بعد شهرين على الأقل من فقدان عزيز لتجنب أن يكون الاكتئاب رد فعل على الفقد .

ثانياً : القريفة أو عسر المزاج Dysthymic Disorder :

وهي حالات من عدم الاستقرار المزاجي المصبوغة بالمزاج المكتئب معظم اليوم ولعدة أيام تستمر على الأقل لمدة سنة ، وتبدو مظاهره في نقصان تقدير الذات والتشاؤم أو اليأس ، وفقدان الاهتمامات والانسحاب الاجتماعي والتعب والإجهاد المزمن والشعور بالذنب والسأم والغضب الشديد ، وعدم الاستقرار ، ونقصان في الدافعية والإنتاجية ، وقصور في التركيز والتذكر . ويمكن أن تكون هذه الأعراض بقايا لنوبات اكتئابية كبرى ، مما قد تكون هذه الأعراض لاحقة لهذه النوبات ، أو قد تكون مقدمة للإصابة بنوبات اكتئابية كبرى . إلا أنه ينبغي مراعاة ما إذا كانت هذه الأعراض ناتجة عن أزمات أو كروب حياتية اجتماعية حدثت لمدة ثلاثة أشهر ، فقد تسبب هذه الكروب أعراض القريفة أو عدم الاستقرار المزاجي ، ولكنها لا تستمر لمدة عام فقد تزول الأعراض بزوال هذه الكروب .

ثالثاً : الاضطراب ثنائي القطب الأول Bipolar I Disorder :

وهذا النوع من الاضطرابات ثنائية القطب التي يتناوب فيها الهوس مع الاكتئاب ، والاضطراب الثنائي الأول تظهر ملامحه الأساسية في معاودة نوبة أو أكثر من الهوس مع نوبات اكتئابية كبرى ، ونوبات مختلطة هوسية اكتئابية مرتبطة بحالات تعاطي المنشطات .

والمهم أن هذا النوع من الاضطراب الثنائي يبدأ بحدوث نوبة هوس يتبعها نوبة من الاكتئاب . أما النوع الثاني من الاضطراب الثنائي فتبدأ بالنوبات الاكتئابية ثم يتلوها نوبات من المرح الخفيف (DSMIV, PP. 350-367) .

والمهم أن الاضطراب الدوري من النوع الأول نادر الحدوث لدى الأطفال ، ويمكن تشخيصه على نحو ما لدى المراهقين ، ويمكن ملاحظة نوبات كلاسيكية من الهوس لدى الأطفال الذين يولدون لآباء لهم تاريخ من اضطراب الهوس الاكتئابي ، حيث تبدو عليهم مظاهر التغير الشديد في المزاج مع السلوك العدواني ، وتزايد مستوى

الذهول أو الخبل ، مع قصور في الانتباه . وقد تتشابه هذه الأعراض مع حالات اضطراب قصور الانتباه ، وفرط النشاط ، ولكنه في الحالة الثانية تزيد الأعراض وتستمر لفترات أطول.

وعلى كل حال عندما تظهر أعراض الهوس في المراهقة ، فإنها غالباً ما تكون مصحوبة بمظاهر ذهانية ، مع الهلاوس والهواجس والشعور بالعظمة حول القوة والجدارة والمعرفة والأسرة والعلاقات الاجتماعية.

رابعاً : الفقد والحداد Bereavement & Grief :

الفقد حالة من الحداد ترتبط بموت الموضوع المحبوب أو فقدانه ، والتي يعاني فيها الفاقد نوبات اكتئابية مثل الشعور بالحزن ، والأرق ، وفقد الشهية للطعام الذي قد يؤدي إلى الهزال ، وتبدو على الأطفال مشاعر الحزن والانسحاب من الأنشطة التي كانوا يحبون المشاركة فيها.

وتنعكس حالة الفقد ديناميا على الطفل ، لكونه يرى أن فقد موضوعات الحب يشكل عقوبة نفسية لأنه مذنب ، ولهذا فإنه قد حرم من حبيبه نتيجة لأنه سيء وغير جدير بالحب ، وتبدو عليهم مشاعر اتهام الذات من خلال رفض الطعام ، ورفض الاستمتاع ، وأحياناً ضرب الرأس بالحائط . وتختلف إدراكات الطفل للموت وفقاً لمستواه العمري ، فإنه يدرك أن غياب الموضوع قد طال وأن الجنائز التي تقام والسواد والحزن الذي يعم يشكل عقوبة غامضة لا يستطيع تفسيرها ، ولكنها تترك جرحاً نفسياً عميقاً لدى الطفل ، وخاصة في الفقدان المفاجيء ، أما الفقدان بالمرض المزمن فإنه غالباً ما يكون وسيلة لتدريب الطفل على تقبل الفقد أو الموت ، مما يجعل الأعراض أقل حدة وأقصر وقتاً.

العـــلاج :

في حالة شدة الأعراض الاكتئابيـة أو النوبـات الهوسيـة ينصـح بأن يتم العلاج داخل المستشفيات وخاصة إذا كانت هناك أفكار حول الانتحـار أو إيـذاء الذات.

ويستخدم العلاج النفسي على مدى واسع مع اكتئاب الأطفال ، ويؤدي استخدام العلاج السلوكي المعرفي والعلاج التدعيمي والعلاج الأسري نتائج تصل إلى ٧٠٪ من الشفاء.

ونظراً لكون الاكتئاب من الأمراض المعدية بالتوحد فإن الإرشاد الأسري يكون

هاماً ، وتوجيه نظر الأبوين إلى معرفة طبيعة الاضطرابات المزاجية ومشاركتهم في تفعيل البرامج العلاجية، كما ينبغي الأخذ في الإعتبار أن الأعراض المصاحبة للاكتئاب وخاصة قصور التركيز والانسحاب الاجتماعي تظل لفترة طويلة بعد علاج الاكتئاب . فإنه من الواجب أن تراعي البرامج العلاجية التدريب المعرفي على التركيز والتذكر وتنمية المهارت الاجتماعية.

وتوجد خطط علاجية كثيرة نورد منها ما يلي :

١ – التدريب على تعديل الأوضاع البدنية ، وحث المريض على إظهار الاهتمام والرغبة في تبادل الحوار والتعبيرات الوجهية والبدنية الملائمة.

٢ – التدريب على التواصل البصري والنظر المتبادل مع الذين يتحدثون إليه.

٣ – التدريب على التواصل اللفظي ونطق الكلام بصوت مسموع وواضح النبرات والإسهاب في الحوار .

٤ – التدريب على مهارات التواصل الانفعالية ، بالتجاوب الانفعالي والتفهم والتعبير عن المشاعر بصورة مناسبة.

أهمية التدريب على التفاعل الاجتماعي من خلال اللعب وخلق موضوعات خارجية ينشغل بها الطفل بدلاً من الانشغال بالذات وحالات الأسى والحزن.

وفي الحالات الشديدة يمكن التدخل الدوائي بمضادات الاكتئاب كخط دفاع أولي ضد الاكتئاب وخاصة مثبطات السيروتونين ، مع مركبات الليثيوم التي تعطي نتائج مفيدة مع حالات الاكتئاب المصحوب بنوبات هوسية والسلوك العدواني والجناح.

الإنتحار Suicide

لعل مشكلة الانتحار لا تجد مكانها بين اضطرابات الطفولة ، وهي تكاد تكون معدومة الوجود لدى الصغار بينما يرتفع معدلاتها لدى المراهقين ، وترتبط أفكار الإنتحار والتهديد به أو محاولة الانتحار بالاضطرابات الاكتئابية لدى المراهقين.

بينما يشيع حدوث أفكار الموت والإنتحار لدى كل الأعمار ، لكن لا يستطيع الأطفال القيام به ، بل تبدو مظاهره في تمنى الموت ، لكنه لا يقدم على الانتحار الفعلي ، بينما تتزايد معدلات إقبال المراهقين على محاولات الانتحار ، ويكون حدوث الانتحار كنتيجة لعوامل عديدة مثل الإصابة بالاضطرابات النفسية ذات العلاقة مثل الاكتئاب والسلوك الاندفاعي ، وتعاطي المخدرات ، والانحرافات

الجنسية، وهتك العرض ، أو الإساءة الجنسية والاغتصاب لدى الفتيات ، ويغيب فى محاولات الانتحار أية رغبة فى البقاء ؛ لكون الفكرة الانتحارية فكرة اندفاعية تأتى على الخاطر ويتم تنفيذها إذا استوفت شروطها بمعنى وجود المنتحر فى مكان مرتفع، وتوفر وسيلة الهلاك أو الموت ، انغلاق أبواب الأمل والإقفال العقلى أمام حلول بديلة ، وغياب الآخر المساند للخروج من المأزق ، أو تعاطى مخدرات من شأنها أن تنشط السلوك الاندفاعى لتدمير الذات.

وعلى أى حالة ينبغى أخذ أمور التهديد بالانتحار أو محاولات الانتحار مأخذ الجد من جانب المحيطين ، حتى يتم التدخل السريع والرعاية الطبية والنفسية والاجتماعية الملائمة ، لكون التهديد بالانتحار أو ظهور الأفكار المتعلقة بالانتحار أو محاولات الانتحار قد تفضى فى أغلب الحالات إلى الانتحار الفعلى.

اضطرابات الأداء الاجتماعي في الطفولة أو المراهقة

Disorders of Social Functioning with Onset Specific to childhood or adolescence

تشيع اضطرابات الأداء الاجتماعي لدى بعض الأطفال من قبيل الصمت عن الكلام في مواقف معينة ، واضطرابات التعلق

أولاً : الصمت الانتقائي Selective Mutism :

وتبدو مظاهر هذا الاضطراب في امتناع الطفل عن الكلام أو توقفه عن الإجابة عن أسئلة أو رفض الحوار في مواقف معينة على الرغم من أنه يكون قادر على الكلام، ويحدث في مناسبات أو مواقف أو مع أشخاص آخرين.

وتعود هذه الحالة إلى معاناة الطفل من الخوف الاجتماعي ، والحماية الزائدة ، وقد تحدث للطفل كنتيجة لخبرات صدمية شديدة تكف الطفل عن الحديث عنها . كما يمكن أن تعود إلى اضطراب العلاقات الأسرية ، خاصة في حالات الشقاق الأسرى ، حيث يتعلم الطفل ألا يرد على أسئلة أبوه نتيجة لتوجيه الأم له بذلك واعتماديته الشديدة عليها ، أو الإساءة للطفل في مواقف اجتماعية تسبب له الحرج ، وكلها تعود إلى بنية لا شعورية تنفصل فيها القدرة الكلامية لتجنب الإحراج.

العـــلاج :

يتم التدخل العلاجي للتعامل مع الأسباب الرئيسية للصمت الإنتقائي وتشير البحوث إلى فعالية برامج العلاج السلوكي المعرفي للقلق والخوف الاجتماعي والتدريب على المهارات الاجتماعية ، والوصول بالطفل إلى مستوى مقبول من التواصل الاجتماعي والتعامل مع المشاكل الانفعاليةكالخزي والذنب اللذان قد يرتبطان بالمواقف أو أشخاص معينين.

ثانياً : اضطراب التعلق التفاعلي Reactive Attachment Disorder :

وهو من اضطرابات الأداء الاجتماعي والنمائي لدى الأطفال يعود إلى عدم تلقي الطفل الرعاية السليمة أو تلقيه لأساليب رعاية مضطربة في السنوات الباكرة من عمره قبل سن الخامسة ، ويسبب خللاً في علاقات الطفل وفي تطوره وازدهاره على الرغم من سلامته العقلية والعضوية، حيث تبدو عليهم علامات قصور في الحركة أو النشاط Hypokinesis ، والكسل dullness والفتور Listless والتبلد مع غياب التلقائية

فى الأنشطة اليومية ، وتبدو عليهم علامات الحزن ، واليؤس والرعب والذهول ، وعلامات سوء التغذية . وأحياناً ما يبرز البطن ، وفى بعض الأوقات تكون رائحته كريهة، وفى الحالات الشديدة تبدو صورة الهزال الشديد . حيث ينقص وزنهم عن المعتاد بنسبة ٣٪ مع قصور فى العضلات وبرودة الجلد.

وعلى المستوى الاجتماعى تبدو استجاباتهم الاجتماعية تجاه الآخرين بطيئة ولا يلتفتون للمثيرات الاجتماعية ، ويلتصقون بأمهاتهم ، ولا تبدو عليهم أى مظاهر للاحتجاج أو الغيظ الطبيعى من الرعاية المقدمة إليه ، أما الأطفال الأكبر سناً من ٢ – ٣ سنوات يبدون إهتماماً قليلاً بالبيئة المحيطة بهم ، ولكنهم لا يقبلون على اللعب بالألعاب حتى مع التشجيع ، ولكنهم سريعاً ما ينصرفون إلى الإلتصاق بالقائم بالرعاية.

وقد تغيب لدى هؤلاء الأطفال القدرة على إقامة علاقات إجتماعية دائمة مع قصور شعورهم بالذنب مع فشلهم فى اتباع القواعد والطاعة وتتزايد حاجتهم للرعاية والتعاطف.

وهناك نوعين من اضطراب التعلق التفاعلى ، النوع المكفوف Inhibite type ويفشل فيه الطفل فى الاستجابة لمعظم التفاعلات الاجتماعية المناسبة لكل عمر حيث يبدى الطفل تراجع أو كف شديد مع حرص زائد مع استجابات متناقضة (الخمول والبرود ومقاومة التشجيع ، والتراوح بين الإقبال والتجنب).

أما النوع غير المكفوف Disinhibited فهو نمط من التعلق المنتشر أو المتعدد، وتبدو على الطفل مظاهر التشوش الاجتماعى أو فشله فى اختيار الشخص أو النمط الذى يتعلق به.

العـــلاج :

ينصح فى حالات كثيرة عزل الطفل لفترة من الوقت داخل المستشفيات أو مؤسسات رعاية الأطفال لقطع العلاقات المريضة فى أحوال رعاية الطفل فى المنزل ، ويراعى أولاً التركيز على سوء التغذية بوضع برامج غذائية مفيدة ، والأهم من ذلك التدخل بالإرشاد الأسرى لتدريب الأم على أساليب الرعاية المناسبة وتحسين أحوال الأسرة المعيشية وتدريب الطفل على التواصل الاجتماعى وازدهار الأداء الاجتماعى وعمليات التفاعل الاجتماعى.

الاضطراب الحركي النمطي أو اضطراب العادة النمطي

Stereotypic Movement Disorder or Sterlotypal Habit Disorder

هو اضطراب في السلوك الحركي النمطي المتكرر بدون هدف ، وقد يحاول الطفل ضبط نفسه من خلال وضع اليدين تحت القميص ، أو في جيوب البنطلون كمحاولة لمنع جرح نفسه . وإذا فشل ضبط النفس فإنه قد يعتاد جرح نفسه برطم الجسم ، وقضم الأظافر وهز الرأس وعض نفسه وضرب الرأس بعنف مما يستدعي التدخل الطبي ، وتنتشر هذه المظاهر في حالات التخلف العقلي والفقدان الحسي. بينما يمكن ملاحظتها في الأشخاص العاديين خاصة في أوقات الإحباط والسأم والتوتر.

وتعود هذه الحالات إلى أسباب وراثية ، وبسبب الإهمال أو الحرمان العاطفي والنفسي وأيضاً بسبب خلل هرموني.

العلاج :

يفيد استخدام فنيات العلاج السلوكي وتعديل السلوك مع بعض حالات الاضطراب الحركي النمطي ، وفي بعض الحالات ينبغي التدخل الطبي بمركبات الدوبامين لتقليل سلوك إيذاء النفس ، ويمكن استخدام أدوية أخرى مثل مضادات الاكتئاب.

الفصام Schizophrenia

الفصام من الاضطرابات الذهانية التي تستمر لمدة لا تقل عن ستة أشهر تتضمن مظاهر الهلاوس والهواجس والتخريف أو الكلام المفكك والسلوك التحللي أو التخشبي ، ويشيع حدوث الفصام في الثلاثينات من العمر ، ولكن الفصام قد يحدث قبل خمس أو ست سنوات من العمر . وعلى الرغم من أن خصائص الفصام تبدو متشابهة لدى الأطفال والراشدين ، إلا أن تشخيص الفصام عند الأطفال يواجه صعوبات عديدة ، فالهواجس والهذاءات والهلاوس عند الأطفال عادة ما تسهم بشكل ضعيف أو أقل في التشخيص بينما تشيع الهلاوس البصرية.

ولم يكن تشخيص الفصام لدى الأطفال قبل عام ١٩٦٠ شائعاً ، وإنما كان يوصف ذهان الأطفال للحالات التي تعاني من اضطراب نمائي منتشر أو نوع فرعي من الاضطراب الذاتوي أو التوحد ، ولكنه بعد عام ١٩٨٠ أمكن فصل اضطراب الفصام عن اضطرابات التوحد الذاتوية ، ولا توجد أية مظاهر تشخيصية للفصام عند الأطفال قبل سن الخامسة بأي حال من الأحوال ، بينما يحدث الاضطراب الذاتوي (الأوتيزم) فيما قبل الثالثة ، وفي حالة الفصام تكون القدرة العقلية في معدلاتها الطبيعية بينما تنخفض في حالات الأوتيزم.

وتتضح المظاهر التشخيصية لفصام الأطفال في العديد من المسالك غير العادية مع التجنب الاجتماعي ، أو العزوف عن الناس ونقص المهارات الاجتماعية ، وقد يكون لهم تاريخاً مرضياً في التأخر الحركي والمعالم اللفظية والأداء الدراسي الضعيف على الرغم من وجود قدرة عقلية مناسبة ، وذلك فضلاً عن وجود هلاوس سمعية ، حيث يسمعون أصواتاً تحثهم على أشياء معينة مثل اقتل نفسك أو اقتل غيرك أو قد تكون أصوات غريبة مثل يوجد كمبيوتر في رأسي ، مع هلاوس بصرية مخيفة . مثل أن يرى شيطان أو عفريت أو وجوه غريبة.

وتحدث الهواجس أو الهذاءات لدى أكثر من نصف الأطفال المصابين بالفصام وتدور الهواجس أو الضلالات حول الاضطهاد والعظمة والدين ، وتتزايد الهواجس بتزايد الأعمار ، ويمكن أن ينطلق الطفل في ضحكة أو صرخة بلا سبب ، كما يصابون باضطراب التفكير وتوقف عمليات التداعي والإنتقال من موضوع إلى موضوع آخر ويكون كلامهم أقل من العاديين ، مع اضطراب التواصل الاجتماعي وعدم متابعة الحوار في النقطة التي ينتهي عندها المتحدث.

علاج فصام الأطفال :

يتم علاج حالات فصام الأطفال عن طريق مضادات الذهان التي ربما تفيد في عدد من الحالات ، ولكن العلاج التأهيلي يكون في غاية الأهمية وخاصة النوعية النفسية للأسرة لتدعيم العلاج والتدخل بالعلاج النفسي للتدريب على اكتساب المهارات الاجتماعية وتحسين الانتباه والتغلب على صعوبات التعلم ، وحث الطفل على اختبار الواقع ، ويمكن إجراء البرامج العلاجية الحديثة للتدخل بالعلاج المعرفي لتخفيف الهلاوس السمعية وتحسين الأداء المعرفي .

اضطرابات النوم عند الأطفال

يعد النوم من الحاجات البيولوجية الأساسية للطفل ، حيث ينشط هرمون النمو عند الأطفال أثناء النوم ، وهكذا فإن صغار الأطفال يقضون معظم أوقاتهم في النوم والرضاعة ثم تتناقص الحاجة للنوم مع الكبر ، وتؤدي اضطرابات النوم إلى خلل في النمو الجسمي والعقلي والانفعالي للطفل، حيث يختل الإيقاع النمائي والإتزان النفسي البدني.

وتتعدد المشكلات المتعلقة بالنوم ، ولكن أكثرها شيوعاً هو :

الأرق   المشي أثناء النوم   الإنزعاج والرعب الليلي.

أولاً : الأرق Insomnia :

يعود الأرق المتكرر إلى الاكتئاب أو التوتر الانفعالي وقد يشعر الطفل بعدم الأمان لكونه قد يكون خائفاً من مصادر خيالية بداخله أو من الظلام. ويؤدي أرق الطفل إلى إزعاج الأبوين وتأرقهم، مما قد يجعلهم يميلون إلى أساليب غير تربوية في معالجة هذه الحالة لأنه قد يزداد عصياناً وعناداً ، كما أن أساليب العنف والتخويف في تعديل سلوك الطفل تزيد بدورها من أرق الطفل وأحلامه المزعجة.

لذا فإن عملية تقويم الطفل تحتاج إلى أن نجعل النوم سعيداً بقدر الإمكان بإعطاء الطفل جرعات مناسبة من الحنان والإهتمام قبل دخوله إلى النوم ، فقد يؤدي إعطاء الطفل لأوامر وإرغامه على النوم إلى ربط النوم بالعقوبة، وتجعله يخشى النوم ويظل في حالة الأرق والإزعاج، وقد يعود أرق الطفل إلى معاناته من تقلصات معوية أو عدم تهيئة المناخ أو تزايد الضوضاء وعدم كفاية الشروط الصحية للنوم ، فيجب تخفيف الضوء لأقصى درجة وإبعاد مكان الطفل عن المزعجات والأجواء الحارة أو الرطبة أو الباردة غير المناسبة والعمل على أن يكون نظيفاً في سنواته الأولى حيث يؤدي الإخراج اللاإرادي للبول والبراز في سنوات الطفل الأولى إلى حالة من التوتر تجعله يتأرق طالباً النظافة.

ثانياً : المشي أثناء النوم Sleep - Walking (Somnambulism) :

ويصيب الأطفال ما بين ٤ – ٨ سنوات حيث يمشي الطفل وهو نائم ويندفع بنشاط بدني بصورة لا شعورية.

وتعود هذه الحالة إلى العديد من العوامل أهمها معاناة الطفل للقلق نتيجة

للحرمان المتزايد وعدم إشباع حاجته إلى الأمن ، أو معاناته من ضغوط انفعالية شديدة لا يستطيع تحملها مما يجعله يخرج أفعاله أثناء النوم . ويعد المشي أثناء النوم من الاضطرابات التي قد تسبب مشاكل كبرى مثل أن يجرح الطفل نفسه أو يؤذيها بشكل بالغ أو إشعال النار أو القفز من مكان مرتفع . ولذا ينبغي التعامل مع هذه الأمور على أساس الوقاية من إيذاء الطفل لنفسه .

وفي الغالب ما يكون المشي أثناء النوم والكلام أثناء النوم رد فعل على أحد الأحداث القوية التي كثيراً ما تقمع . فيعيشها الطفل مرة أخرى من خلال النوم . فنجد على سبيل المثال ، حالة الطفل الذي كان نومه مصبوغاً بانفعالات الحزن على وفاة أبيه الذي كان يحبه حباً شديداً ، كان يقوم وهو نائم ويلبس ويغتسل ويفتح الأبواب ويسير مسافة ميلين إلى قبر أبيه حيث يجثو ويصلي ثم يعود إلى منزله مستعيداً فراشه .

(دوجلاس توم ، ١٩٥٨)

ثالثاً : الإنزعاج والرعب الليلي Night terrors :

وهي حالة يستيقظ فيها الطفل فجأة خائفاً مذعوراً ويعاود نومه مرة أخرى ، وفي الغالب ما ينسى سبب إزعاجه ، وترتبط هذه الحالة بحالات التجوال الليلي أو المشي أثناء النوم ، والتبول الليلي اللاإرادي إلا أنها تختلف عن حالات الكوابيس أو الأحلام المزعجة التي يستطيع الطفل أن يتذكرها أو يستعيدها في اليقظة ، بينما حالات الإنزعاج الليلي لا يستطيع الطفل استعادة أحداثها ، وربما تشير فقط إلى بعض الصور المرعبة التي تطارده أثناء النوم .

ومما لا شك فيه أن النوم هو واحد من مقاييس الصحة النفسية ، فإذا اضطربت حياة اليقظة وتزايد القلق والتوتر وفشل الأبوين في تفهم المطالب النمائية للطفل ، واضطرب تنظيم العادات البيولوجية للطفل فإنه في الغالب ما يضطرب نومه ، وترى التيارات العلاجية الحديثة أهمية الإرشاد الأسري وتدريب الأبوين على عملية التنشئة والرعاية البدنية والعقلية والانفعالية السليمة للطفل ، مع الأخذ في الإعتبار تنظيم أوقات النوم واليقظة عند الأطفال ، وعدم ربط النوم بعادات الغذاء أو الأرجحة أو الرضاعة أو وضع الحلمة المطاطية البديلة عن ثدي الأم في فم الطفل حتى ينام ، مع الأخذ في الإعتبار أسلوب التغذية ، وعدم الخلط بين الأطعمة التي قد تسبب ارتباكاً معوياً وخاصة في المساء .

ومع تقدم الطفل في العمر وقدرته على التعبير اللفظي ينبغي أن يتفهم الأبوين مخاوف الطفل ولا يستخفون بها بل ينبغي عليهم مناقشتها ، وإطلاق الحرية لتعبير الطفل عن أحلامه ومخاوفه والعمل على تهدئته .

كما ينبغي عدم ترك الطفل نائماً والخروج من المنزل ، مما يسبب له إحساس بالرعب ، وعدم الأمان في حال استيقاظه ، كما ينبغي عدم السماح للطفل بالسهر وتنبيهه مما يجعله يكتسب عادات غير صحية في النوم ، فضلاً عن إبعاد الطفل عن سماع قصص الرعب والأفلام والبرامج المزعجة التي تسبب له امتصاص لأحداث الرعب وتجعل نومه أكثر اضطراباً ،مع التأكيد على أن الجو الودي والمريح في المدرسة وفي المنزل من العوامل الهامة التي تجعل الطفل أكثر اتزاناً وأقل اضطراباً في يقظته ونومه .

مشكلة الإدمان عند الأطفال

مع التطورات الحديثة في الميدان الصناعي وظهور مواد صناعية لها آثار نفسية عصبية وشيوع تعاطي هذه المواد في فئات عريضة من الشباب والمراهقين ، ومع تعقد الحياة الحضرية ، وقصور الإشراف الاجتماعي والأسري والمدرسي ، أمكن ظهور العديد من الانحرافات السلوكية التي لا ترتبط باضطراب المسلك أو الجناح ، ولقد ظهرت في الآونة الأخيرة انتشار معدلات التدخين لدى تلاميذ المدارس ، مع تأثير جماعات الأقران ، والوصول إلى تدخين الحشيش أو البانجو (نبات الحشيش) .

(عبدالله عسكر ، ١٩٩٦)

وينتشر تعاطي نبات البانجو المجفف بين الأطفال والمراهقين من ذوي الأوساط الاجتماعية والإقتصادية الدنيا والأطفال الذين لا يجدون الرعاية الأسرية الكافية، أو التي تدفعهم ظروفهم الاقتصادية للعمل مبكراً وترك المدرسة ، وذلك في مهن تجعلهم يحتكون بمتعاطين كبار . وعلى الرغم من أن الدوافع الأولية لتدخين السجائر والبانجو لدى الصغار تعود إلى التقليد والتجريب ، لكون المراهق الصغير يحاول أن يؤكد هويته، ويستبق شعوره بالرجولة والمسئولية والتغلب على قلقه ومحاولة الخروج من وضعه الاجتماعي المتدني إلا أن التعود على التعاطي سرعان ما يتحول إلى نوع من الإعتماد السيكولوجي لما للبانجو من آثار تخديرية مرغوبة لدى المتعاطي حيث يخفف القلق ، ويحرر القوى الخيالية المرغوبة من عقالها ، مما يجعل من العقار بديل نفسي

عن موضوعات كثيرة يسعى إليها المراهق . وقد يتورط المراهق في مسالك جانحة ومنحرفة أهمها السرقة والسطو والإعتداء للحصول على ثمن المخدر أو السجائر ، مما يدخله في دائرة صعبة ، فضلاً عن تدهور حالته الصحية وارتباك نظامه النفسي وتخلفه الدراسي وشعوره بالذنب والخزي ورفضه من جانب الأسوياء ومعاناته حالات شديدة من القلق والاكتئاب . وشعوره بالنبذ يجعلانه أكثر عناداً واندفاعاً في طريق المخدرات الذي ينتهي به إلى الجريمة حيث يكون الأطفال وسيلة سهلة لترويج المخدرات من قبل المجرمين وتجار المخدرات.

كما يشيع استنشاق المذيبات الطيارة مثل الغراء أو مكونات النفط كالكيروسين والبنزين والغاز ومواد الطلاء ، وخاصة لدى الأطفال من سن السادسة حتى الثامنة عشرة ، حيث تعطي هذه المواد آثار نفسية وعصبية شديدة تدفعهم للحال الهلوسي الذي يصل لحد التسمم والإغماء ، وتنتشر هذه العادات لدى أطفال الشوارع والعاملين في محطات تموين السيارات بالوقود وصبيان النقاشة والعاملين في مصانع الأحذية ، ويعود هذا السلوك لنفس الأسباب النفسية والاجتماعية السابق ذكرها في حال تعاطي البانجو ، وتؤثر هذه المواد تأثيرات بالغة على القدرة العقلية للأطفال حيث تؤدي المذيبات المتطايرة إلى حدوث تلف شديد في المخ واضطراب الشهية للطعام ، كما يتسبب في نوبات الصرع والتخلف العقلي.

الوقاية وعلاج الإدمان عند الأطفال :

نظراً لحضارة الأدوية والمركبات الصناعية التي تعيشها المجتمعات المتقدمة والنامية على حد سواء ، ينبغي التأكيد على أهمية ابتعاد كل أنواع الأدوية التي يتعاطها الكبار والصغار عن أيدي الأطفال ، وابتعاد الأطفال عن مصادر المذيبات الطيارة التي قد تكون موجودة في المنزل مثل البنزين والأسيتون ، وأنابيب غاز البوتاجاز وما إلى ذلك.

مع مراعاة الإشراف الدقيق على مراحل الطفولة الوسطى التي تسبق مرحلة المراهقة حيث يمكن مناقشة الطفل منذ سن السادسة عن طبيعة علاقته بزملائه والتعرف على أقرانه والنماذج التي يتعامل معها الطفل في المدرسة أو النادي أو أي أماكن تجمع أخرى ، وملاحظة سلوك الطفل ، ونظام إنفاق مصروفه ، وطبيعة نومه ومأكله ومظهره ومزاجه ، فإذا حدثت تغيرات طارئة على العادات السلوكية للطفل يمكن وضع الطفل تحت الملاحظة ، ومناقشة سلوكه وعدم اللجوء إلى الانفعالات الحادة أو العقوبة المغلظة التي قد تدفع الطفل للهرب واللجوء إلى جماعات التعاطي.

وإذا اكتشف الأهل حالات من التدخين والتعاطى أو استنشاق المذيبات الطيارة فينبغى استشارة مؤسسات علاجية ، وينصح بتلقى الطفل لبرنامج علاجى طبى ونفسى واجتماعى لإعادة تأهيله على المستويات الثلاثة ومتابعة حالته وجذبه إلى العالم الطبيعى للأطفال وتغيير البيئة المعدية والبحث فى الأسباب النفسية التى تكمن وراء مثل هذا السلوك ، وفى الغالب ما تكون نتيجة للتدليل المسرف ، وفوضى التربية وغياب الإشراف الطبيعى للأسرة والمدرسة ، أو قد تكون بسبب الإهمال وشعور الطفل بالنبذ ومعاناته من الحرمان العاطفى الذى يجعله يعيش حالة من القلق والمزاج المكتئب فيصبح مادة سهلة للإدمان والمنحرفين الذى يجندون الأطفال لسلوك الجريمة.

وتتجه الأوساط التربوية فى المجتمعات الغربية إلى اعتماد مناهج للوقاية من تعاطى المسكرات والمخدرات كمناهج أساسية فى المدارس ، حيث يتم عرض دروس يلقيها المعلمون عن أنواع المخدرات وآثارها الصحية والنفسية والاجتماعية المدمرة وأسباب تعاطيها وكيفية تجنب الوقوع فى مثل هذا السلوك ورفع المهارات الاجتماعية التى تجعل الطفل يشعر بتقدير الذات والأمان والسعادة بدون مخدرات ، مع رفع مهارات التغلب على غواية الأقران أو الكبار للإيقاع بالصغار فى مثل هذا السلوك ، ويقوم الطلاب بأداء امتحانات رسمية فى هذه المناهج مما يجعل برنامج الوقاية حالة معرفية لدى التلاميذ ، فضلاً عن الدور الإيجابى الذى تقوم به وزارات الصحة والشئون الاجتماعية والإعلام لتكثيف برامج الوقاية من الإقبال على مثل هذه المواد المؤثرة نفسياً . ويظل التوجيه والإرشاد والتثقيف الصحى للأسرة من أهم خطوط الدفاع الأولى ضد وجود أو انتشار ظاهرة تعاطى المواد المؤثرة نفسيا لدى الأطفال والتى فى الغالب ما تكون حالات مأساوية فى المستقبل حيث ينتقل المدمن الصغير من مجرد التدخين وتعاطى البيرة والبانجو إلى تعاطى المواد المهلكة كالأفيون ومشتقاته والخمور والكوكايين وعقاقير الهلوسة ، حيث تتفاقم المشكلة وتتزايد الجريمة.

الفصل السابع

مشكلات نفسية معتادة

- الغيرة - العناد - الكـذب
- المشاكل الجنسية
- الإساءة للطفل

الفصل السابع

مشكلات نفسية معتادة

تمتلىء الحياة اليومية لعالم الأطفال بالمشكلات النفسية المرتبطة بالنمو والتى فى الغالب ما يمر بها معظم أو كل أطفال العالم ، وتحتاج هذه المشكلات إلى الوعى بها والتعامل معها لتجنب حدوث اضطرابات نفسية يمكن تشخيصها فى مراحل نمائية أخرى ، ولسوف نذكر هذه المشكلات وأسلوب التعامل معها على النحو التالى :

مشكلة الغيرة :

الغيرة من المشكلات النفسية التى تصبغ سلوك الأطفال ، وقد تكون الغيرة من القرين أو المنافس أو من صورة الطفل نفسه فى المرآة .

ولقد أثبتت دراسات التحليل النفسى المعاصر إلى أن علاقة الطفل بصورته تبدأ بتوتر عدوانى غامض ، حيث لا يعرف الطفل صورته المرآوية ، وإنما يعرف صورة أمه أو الصور التى يعتاد رؤيتها ، فمجرد أن يرى صورته يدركها على أنها صورة لطفل آخر غريب جاء يقاسمه فى ، أو يبعده عن موضوعه المحبوب ، ولهذا فإن هذا السلوك يترك آثاره النفسية داخل البناء النفسى للإنسان ، حيث أننا نشهد اضطرابات من قبيل جرح النفس أو تدميرها فى العديد من المظاهر المرضية ، ويعود سلوك كراهية الذات إلى الطبيعة النمائية للإنسان ، ولهذا ينبنى النظام النفسى على أساس من التوتر والعدوان والإضطهاد ، وهذا ما يمكن أن نسميه زملة الغيرة ، وتبدو مظاهر الغيرة الطفلية من التغير السلوكى للطفل تجاه أخيه الأصغر ، والذى يندفع بالإغارة عليه بالعدوان البدنى مثل كتم نفسه بيده أو وضع إصبعه فى عينه أو عضه ، وما إلى ذلك من سلوك يعرفه المربون .

فالغيرة أساس لمعظم السلوك الذى يتسم بالغرابة والشذوذ والخروج عن المألوف ، فالطفل الغيور لا يستقر على حال ، ولا يشعر بالهناء ، ولا يأخذ من الحياة أو يعطى سوى القليل ، ويختزن أحزانه ، ويبالغ فيها ، حتى يؤدى به شعوره إلى الظن بأن الدنيا بأجمعها تعمل ضده ، فيكون مصدراً لنكد أهله ، ومستودعاً لخطر كامن مقيم ، لأن الغضب والحنق الذى ينبعث عن الغيرة قلما يكون قصير الأمد أو محدد الوقت . والطفل الغيور لا يعترف بغيرته ، ولكن ينكرها أو يبرر سلوكه ويلتمس لنفسه

العذر ، ويخادع نفسه (دوجلاس توم ، ١٩٥٨ : ص ١٥٧).

وترتبط الغيرة ارتباطاً مباشراً بالنرجسية ، حيث تنغلق الرؤية عن مساعدة الغير في مسرح الوجود ، وتتجه إدراكات الطفل نحو الملكية ، ويرهق العالم كله لحساب صورته النرجسية ، وإذا ما جاء ما يجرح نرجسيته تفجرت مستودعات الغيرة وما تنطوي عليه النرجسية من عدوان مدمر للذات وللآخرين.

وتتفاقم مشكلة الغيرة مع ترك الطفل يسبح في أوهامه النرجسية وبقاؤه في عالم الصورة الفائتة التي تمنحها له الأم وتؤكدها الصورة المرآوية، فلا يحدث له ما نسميه بالخصاء الرمزي ، بمعنى أن يرى ذاته في صور متعدد تمنحه الهوية عبر علاقاته الاجتماعية الرمزية حيث يتخلى عن الملكية ويتجه إلى الكينونة ، فالملكية تدفع الطفل لأن يرهق الآخر لحسابه ، أما الكينونة أو الهوية فتجعله رهن للآخر الرمزي ، هو ومن معه من البشر فيشعر بأنه يبحث عن ذاته حيث يكون هو وذاته رهن للآخر الذي يصلنا بأنفسنا عبر العلاقات اللغوية الرمزية ، والتوسع الرأسي إلى آفاق المعنى والإنسانية بدلاً من أن يظل أسيراً للملكية والتوسع الأفقي على حساب الآخرين.

وعلى هذا النحو لا تشكل الغيرة مشكلة إلا إذا تركناها تتفاقم ، بمعنى أن يقوم الأبوان بمحاباة الطفل على حساب غيره ، أو توجيه المديح لأخوته على ما يقومون به من أفعال وسلوك حميد ، بينما يوجهون اللوم والعيب إلى طفل آخر ، مما يجعله ينفجر غيظاً وغيرة ، وفي هذه الحالة يستثير الآباء البنية البارانوية لدى الطفل ، فتجعله غائراً ثائراً حاقداً . وقد يطول به الأمـــد ليصـــبح حسوداً لأصدقائـــه علـــى ما يواتيهـــم من نجاح وتوفيق ، وسيفشل في الغالب في العمل مع غيره ، أو يكون دائم الشكـــوى من سوء تقدير الـــناس له ، ولن يستطيع الإنسجام مع غيره أو مع بيئته.

وللتغلب على مشكلة الغيرة والتعامل التربوي السليم معها ، ينبغي أن يتشاطر الأبوين الدور التربوي ، بمعنى أن يتدخل القانون الأبوي في فصل العلاقة الطفلية النرجسية بالأم وارتباط الأم بطفلها ، وتوجيه أنظاره إلى موضوعات أخرى كالالعب والحكايات ودمجه في جماعة من الأقران ، والإشراف على ضرورة أن يشاركهم ألعابهم ويشاركونه ألعابه ، ووضع خطة للتشجيع والمكافأة لمن يسهم بالمشاركة بشكل أكبر وتحريك روح التنافس بين الأقران لأن التنافس يدفع إلى الإيجابية وتقدير الذات بشكل موضوعي وكلما نجح الطفل في منافسة وفشل في منافسة أخرى تأكد له أن هذا

هو المشروع الطبيعي الذي يجب أن يتبعه طيلة حياته ، ولسوف يتعلم أنه كلما ابتعد عن نرجسيته وأنانيته وجد نفسه مع الناس ، فيقبل عليهم وينافسهم ويشجعهم ويشجعونه حيث يكون الانسجام والتوافق والإنتاجية.

مشكلة العناد :

العناد والرفض من المشكلات الطفلية المعتادة ، والتي تمثل مرحلة نمائية بعينها وفقاً للنمو النفسي الاجتماعي ، وفي هذه المرحلة التي تبدأ مع دخول الطفل في عامه الثاني حيث تبدأ إشارة النمو النفسي بالرفض أو بالإشارة بلا عن طريق الرأس ، وهذه المرحلة تشكل بداية النمو نحو الاستقلال ، ويبدأ وعيه بذاته ككيان مستقل عندما يبدأ في معارضة ما تريده الأم ، وخاصة الصراعات حول الإخراج والنظافة ، حيث يستطيع الطفل في مرحلة نمائية معينة اكتساب القدرة العضلية على التحكم في عمليات الإخراج حيث يمنع أو يخرج بوله وبرازه ، ويسمي إريكسون هاتين الوسيلتين بالإخراج والاستبقاء ، وهنا يأتي دور المجتمع في تسهيل هذا الإنجاز بالنسبة للطفل لتأكيد استقلاليته . (محمد شعلان ، ١٩٧٧) .

وقد تواجه الأسرة عناد الطفل بالعناد المضاد أو التعنيف أو قلة الحيلة أمام الطفل حيث نرى بعض الأمهات تصرخن من أبنائهن لرفضهن الطعام أو الطاعة والنظام والذهاب للحمام وما إلى ذلك ، وكل أشكال العناد إنما تشير إلى سلوك تلقائي لتأكيد الذات ، وشعور الطفل بالأهمية وتوحده بالمعتدى أو النموذج الوالدي الرافض لرغباته ، فكما تقول الأم للطفل لا لأشياء كثيرة فإنه كثيراً ما يقول لا بلسانه كنموذج للرفض ، بينما ينبغي أن تنتظم آلية الطاعة والنظام في مقابل العناد والتمرد والفوضى من خلال انتظام الأوامر وارتباطها بالإشباع السوي لحاجات الطفل واستجابة لرغباته البازغة ، فكثيراً ما يفرض الآباء على الأبناء بعض القيود التي يكون من الصعب القيام بها ، فمن السهل أن يقال للطفل لا تتحرك واقعد في مكانك ، لكن مثل هذه النواهي بالنسبة لطفل حيوي نشيط تكون أمور لا يستجيب لها ولا يستطيع أن يطيع هذه الأوامر لأن عضلات الأطفال الصغار تنمو وتزيد بصورة سريعة ، ومن الواجب أن نترك لهم حرية الحركة ،الوثب والصياح واللعب ، وتخفيف القيود على الحركة ، ومراعاة أن يكون المنزل مناسباً لحركة الطفل وانطلاقه حتى تسهم في تأكيد ذاته واستقلاليته ودفعه نحو الكينونة دون أن يلاحقه اللوم والعقاب .

• وقد يستخدم التخويف من العقاب العاجل أو الآجل كوسيلة لمنع الفرد من خرق القوانين وعصيان النواهي . على أنه ليس لهذا التخويف سوى قيمة إنشائية

نافعة ، لأنه يعجز عن استثارة المرء إلى العمل نحو أية غاية معينة نافعة، فالخوف أمر يمنع ويكف ويعـــوق ، لكنه لا يدفع أو يبعث النشاط نحو وجهة إيجابية منتجة». (دوجلاس ، ١٩٥٨ : ص ١٢٣)

وتؤكد الكشوف التحليلية الرائدة على أن الوظيفة الأبوية التي تعمل على تأسيس بنية النظام والقانون ، ينبغي أن تكون عادلة في التعامل مع رفض الطفل وطاعته ، فهذه الوظيفة تقتضي التوازن بين الفصل والوصل ، بمعنى فصل الطفل عن نرجسيته وعناده ورفضه بأساليب تربوية تجعله يتصل بالاستقلال والتوكيدية من خلال خلق عالم خاص به من الألعاب والأقران والنظام الجماعي الذي يساعد على تنازل الطفل عن رفضه وعناده وتحويل طاقته إلى ما يشغله في الخارج من ألعاب وحوارات وأنشطة طفلية مرغوبة.

وليس من النادر أن ينقلب الأطفال من الطاعة إلى العصيان وإلى الإستخفاف بكل القواعد والنظم ، وكثيراً ما يقع إذا واجه الطفل موقفاً جديداً عليه ، مثل دخول المدرسة أو مرض أمه ، أو تغيير مربيته ، أو وفاة أبيه ، وفي مثل هذه الحالات يكون العصيان رد فعل للموقف لا يستمر طويلاً إذا كان الطفل معداً إعداداً طيباً لتقبل المواقف الجديدة ، وتعلم التنازل عن رغبته الخاصة في سبيل اكتساب حب الآخرين وتقبلهم له ، واكتسابه لقدرة رمزية معرفية تجعله ينمو ضد الحرمان.

مشكلة الكذب :

الكذب من المظاهر الشائعة لدى الأطفال والكبار ، بينما يكون لدى الأطفال حيلة دفاعية ، يكون لدى الكبار اضطراباً سلوكياً.

فمن المعروف أن النشاط النفسي للكائن البشري يبدأ بالخيال ، ومع ظهور اللغة تتفاعل الأنشطة النفسية لتنتج المتخيل ، ويعد الكذب في الطفولة شكلاً من أشكال إنكار العجز والقلق الطفلي عن طريق الكلام ، حيث يميل الطفل إلى اختلاق قصص من وحي خياله لأحداث لم تحدث في الأصل ، وغالباً ما يلجأ الطفل للكذب خوفاً من العقاب ، فالأجواء غير الآمنة والنماذج الأسرية غير الأمينة في طرح مشاكلها أو التعبير عن رغباتها إنما يؤدي بالطفل إلى اعتماده على الكذب كحيلة دفاعية لتجنب العقاب أو لتحقيق مكسب ، فمن الأمور المشهورة لدى الطفل استخدام ميكانيزم التشطر أو الوقيعة وخاصة في سنوات ما بعد الثالثة حتى السادسة ، حيث يمكن أن يستشعر الطفل وجود خلاف بين والديه ، أو يكون هناك تنافر في أسلوب التعامل مع الطفل وفي طريقه كل من الأب والأم ، فمثلاً تكون الأم أكثر إشباعاً لرغبات الطفل التي

تتعارض مع نظام الأب أو رغباته فتكون صورة الأم محبوبة وصورة الأب مكروهة ، تدفع الطفل أنذاك للكيد للأب ، بأن يخبر أمه بأن والده قام بمعاكسة المربية أو أنه يتحدث في التليفون ويغلق على نفسه الغرفة لأنه يعرف امرأة أخرى ، مما يجعل الطفل محظياً لدى الأم ، وتشتعل المشاكل بينها وبين الأب ويكسب الطفل الأرض حين يستبعد الأب من الحساب التربوي في علاقته به . وهكذا قد يقوم الطفل باختلاق الأكاذيب حول المدرسين والأقران حتى يتجنب الذهاب إلى المدرسة وما إلى ذلك من آليات دفاعية يشيع استخدامها في مرحلة الطفولة الوسطى.

وقد تكون حكايات الأطفال الذين يبالغون في سردها عادة سلوكية إذا كانت تجذب انتباه الآخرين وتستثير عطفهم وتجعله مقبول اجتماعياً ، وتزداد هذه العادات في مرحلة المراهقة في إطار ما نسميه في الثقافة العربية (فتح الصدر) حيث يبالغ المراهق في إبراز صورته وفتوته ومغامراته الجنسية في صورة تجعله يخلق جواً كاذباً تجعله يشعر بتقدير الآخرين وقبولهم له في الوقت الذي يستبصر فيه فيجد نفسه كذاباً فينخفض تقديره لذاته ويضطر للدفاع ضد هذا الذنب بكثرة الكذب واختلاق الأحداث.

على أنه من المؤكد أن هناك كذب سلوكي متعلم يختلف عن الحيل الدفاعية، هذا الكذب يكون مكتسباً من إحدى النماذج الأسرية ، فقد تصحب مراهقة شقيقها الصغير للذهاب إلى مكان ما ، أو لشراء شيء ما مطلوب منها ، بينما هي تذهب إلى مكان آخر كأن تقابل شاباً أو تشترى أمور غير التي ذهبت لشرائها ، وتدعى ضياع النقود ، وتمنح شقيقها الأصغر رشوة وتطلب منه أن يساندها في كذبها ، وفي هذه الحالة يتم تدعيم سلوك الكذب . وقد يرغم الأهل الابن على الكذب ، إذا طلب من الطفل مثلاً الإجابة عما إذا كان الأب موجوداً من خلال محادثة تليفونية ، ولا يرغب الأب في الحديث مع السائل ، فإنه يشير لابنه أن يقول أنه غير موجود ، وإذا ما أخطأ الطفل وقال إن الأب موجود ينهال عليه الأب بالعقاب ، وهذا ما يهز بنيان الثقة في الآباء ويجعل الطفل أكثر سخطاً وحقداً وشعور بخيبة الأمل واختلال النموذج الذي ينبغي أن يحتذيه في حياته الراشدة.

فالأسرة المضطربة تجعل من سلوك الكذب حالة معتادة بين الأفراد ، ولا يصلون إلى الحقيقة فيما بينهم البعض ، وتكون التحالفات الأسرية متشظرة ، وتتصل هذه السلوكيات المضطربة بعدم الأمانة في كل ما يصدر عن الأطفال إذا كان عدم الأمانة حالة معاشة داخل العلاقات الأسرية.

ومن المخاطر النفسية التي ترتبط بالكذب الطفلي هو ما يسمى بهوس الكذب في المراهقة والرشد ، حيث لا يستقيم البناء النفسي أو يتجاوز الفرد محنته وقلقه إلا من خلال الكذب لدرجة لا تستطيع فيها أن تعرف أين هي الحقيقة في كل ما يقوله المهووس بالكذب .

ويتطور هوس الكذب إذا حدث ما يدعم الإنكار عن طريق نسج القصص الخيالية في الطفولة ، وتأكد الطفل من أن التلاقيق والأكاذيب والخداع والتضليل والأوهام هي السبيل لتحقيق الأمان وإشباع رغبته في التواصل الاجتماعي .

إلا أن هناك نوع من الكذب الجمالي الذي يستند على بقايا الخيال الطفلي ، وهذا النوع من الكذب هو ما يستخدمه الشعراء في وصف المحبوب ومدح الحكام والغناء للوطن وما إلى ذلك ، وتصدق دائماً المقولة (أجمل الشعر أكذبه) ، وهو ما يمكن أن نسميه بالإعلاء أو التسامي للكذب السلبي المدمر والذي يبعث على الذنب وعدم الثقة في العلاقات الشخصية المتبادلة .

الوقاية والعلاج :

مما لا شك فيه أن البناء القيمي والأخلاقي هما السبيل للصحة النفسية والاجتماعية ، فالعمل على تنشئة الطفل على الأمانة في ذكر الوقائع كما تحدث بالفعل هو الهدف المنشود لتنقية الروح الطفلية من العبث الخيالي والخداع لمغالبة قصوره وحرمانه وعجزه .

فإذا نشأ الطفل في بيئة تحترم الحقوق وتلتزم الصدق ، كان من الطبيعي أن يلتزم الطفل حدود الصدق المرعية .

وإذا كانت الأسرة على درجة من الصدق واكتسب الطفل عادة الكذب من أقرانه أو ممن يتعامل معهم أو استخدم حيلته لتبرير خطأ ارتكبه ، فإن من المفيد ألا تلجأ الأسرة للعقاب ، لأن العقاب من شأنه أن يعقد الأمر ويدفع الطفل للكذب بصورة أكبر لتبرير أفعاله .

بينما يكون من الأفضل تفهم قصور الطفل وعجزه ، والمبررات التي دفعت به إلى الكذب لتجنبها ، ومن المفيد أن يقوم الأهل بمناقشة الطفل طبقاً لسنه ، في كشف حقيقة الأمر وإخباره بأنه لا يجب أن يخفي عن والده شيئاً قد يساعده في تقديم العون إليه ، ويخبره بأن الصدق أفضل ، ويدعم لديه سلوك الأمانة والصدق ، ويحفزه ويشجعه على التعبير عن حاجاته ورغباته بصورة صادقة حتى يحقق الأمن النفسي واحترام الذات.

ويجب أن نبعد عن أسلوب الاستجواب وجمع الأدلة من أقرانه للتدليل على كذب الطفل لأن ذلك يجعله أكثر سخطاً وحقداً ، وتهتز ثقته بزملائه ، بينما ينبغي تجنب المواجهة الصريحة باتهام الكذب ، وإنما ينبغي أن يكون الحوار متوازناً في صورة من التداعيات التلقائية حتى يكتشف الطفل حقيقة كذبه ، وفي هذه الحالة نساعده على التخلص من الشعور بالخزي المفرط حيال كذبه حتى يتمكن من اعتماد وتدعيم سلوك الأمانة وقول الصدق.

أما فيما يتعلق بالكذب الخيالي وأحلام اليقظة فلا خطر من إطلاق العنان لأحلام اليقظة الطفلية ، إلا إذا أصبحت حالة مصاحبة له أو غاية في حد ذاتها ، وأبعدته تماماً عن الحقائق.

وينبغي أن ننصت جيداً لقصص الأطفال الخيالية لأن وراءها معنى ، والمهم أن يساعد الآباء الأبناء على التفرقة بين ما هو خيالي وما هو واقعي ، وأهمية التعامل مع الواقع وإدراك قيمته الحقيقية.

كما ينبغي أن تلتزم المناهج الدراسية قول الصدق للأطفال ، وإطلاعهم على الحقائق العلمية والتاريخية والسياسية ، لأن الصدق في التعلم هو السبيل لتحقيق مجتمع يقوم على قول الصدق والأمانة والتعامل مع الواقع بعيداً عن اختلاق الأكاذيب التربوية التي تتناقض مع الواقع والتي تصدم الطفل حين يكبر ويستطيع الوصول إلى الحقائق ، مما يضعف لديه الانتماء ويهدد بنية المجتمع ويجعله أكثر انقساماً وتخلفاً.

المشاكل الجنسية

تبدأ الحياة الجنسية للإنسان مع بداية حياته منذ الشهور الأولى ، ولذلك ركزت بحوث التحليل النفسي على ما يسمى بالجنسية الطفلية حيث ينصرف اهتمام الطفل بالمناطق الشبقية في الجسم مثل الفم ومناطق الإخراج والأعضاء التناسلية ، وتقوم الحضارة الإنسانية في مجملها على الارتقاء بالجنسية الحيوانية في إطار اللذة المباشرة إلى اللذة الإنسانية المعنوية ، حيث تعمل التربية على التسامي بالغرائز الدونية للإنسان إلى اتجاهات أرقى وأبقى ، فاللذة الحسية المباشرة هي ما يأسر الأطفال ، حيث تدور لذاتهم حول الجسم وخاصة الأعضاء الشبقية منه ، ولذا فإنه من الطبيعي أن تكون هناك مشاكل مرتبطة بالتربية الجنسية ، فإذا اضطربت التربية الجنسية في الطفولة اضطربت معها الجنسية الراشدة حيث نشهد ما يسمى بالإنحراف الجنسي مثل

إدمان العادات السرية والجنسية المثلية (اللواط عند الذكور ، والسحاق عن الإناث) والولع الجنسى بالأطفال ، ومجامعة الحيوان ، والاحتكاك الجنسى فى الزحام ، والاغتصاب ، والسادية (إيقاع الأذى بالشريك الجنسى) ، والمازوخية (التلذذ بالإهانة والأذى) وارتداء ملابس الجنس الآخر والفيتيشية أو التعلق بشيء ما يستخدمه المحبوب تعلقاً جنسياً ... وغيرها من الاضطرابات الجنسية مثل رقص الجنس والعنة عند الذكور والبرود عند الإناث ، وآلام الجماع الجنسى ، وفقدان الرغبة الجنسية وعدم القدرة على الوصول إلى النشوة الجنسية ، والهوس الجنسى .. إلخ .

ونظراً لكون الجنس هو محور الوجود البشرى والمحصلة الكبرى للذة والسبيل لحفظ النوع وتكوين الأسرة وتنظيم المجتمع وتحقيق الصحة النفسية ، فإن مراعاة التربية الجنسية والتعامل مع مشكلات النمو النفسى الجنسى يكون فى غاية الأهمية فى مراحل الطفولة .

ولقد تعود المجتمع العربي على التعامل مع الجنس في الطفولة على كونه نشاط غير موجود أصلاً ، ويترك أمر وجوده أو ارتقائه للصدفة أو للتقاليد الاجتماعية غير التربوية .

فمن المؤكد علمياً ويمكن ملاحظته من جانب المربين والراشدين الذى يقومون بالتعامل مع الأطفال فى البيت أو الحضانة أو المدرسة أن الطفولة ليست بريئة من الأفعال الجنسية ، ولكن كيفية التعامل معها تكون مفقودة أو مكبوتة لأنها تثير القلق ومشاعر الخزى والخجل عند الكبار ، فيتجنبوها أو يهملوها ، وبالتالى تتفاقم وتصبح مصدراً للتوتر والانزعاج الطفلى ، وقد تسبب له قلقاً مزمناً يعوق تطوره الانفعالى السوى .

ومن أكثر المشاكل الجنسية شيوعاً فى الطفولة ما يسمى الاستمناء الطفلى ، حيث يميل الأطفال فيما بعد الشهور الست الأولى من الحياة إلى العبث بأعضائهم الجنسية بمجرد أن تصل إليها أيديهم ، وهذا السلوك طبيعى لا يعتبر مشكلة إلا إذا طال الأمر عن حده وأصبحت عادة خاصة إذا كان الطفل من الأسر ذات المستويات الاجتماعية والإقتصادية المنخفضة ، والتى تترك أطفالها عراة لفترة طويلة أو لا يتوفر لديهم ما يستر عورتهم وتكون هذه الحالة لدى البنين والبنات على نحو ظاهر .

وقد تتطور الحالة إلى الوصول إلى قلق الأهل على العبث المتزايد من الطفل فى أعضائه والتى قد تعود لأسباب طبية : فقد تنشأ هذه العادة بسبب وجود التهابات فى الأعضاء التناسلية التى تجعله يرغب فى تخفيف الألم بالاحتكاك مما يثيره جنسياً ، أو

قد يعود إلى حالات الإمساك أو الديدان المعوية أو التهابات المثانة والمجاري البولية . مع مراعاة أن تكون مقاسات الملابس الداخلية للأطفال مناسبة لأن ضيق الملابس أو الالتهابات التي تنتج عنها تسبب معاناة للأطفال وتجذب انتباههم إلى أبدانهم .

(دوجلاس توم ، ١٩٥٨)

ولصرف انتباه الطفل عن بدنه يمكن توجيه انتباهه إلى أشياء محببة إليه مثل لعبة ينشغل بها أو صور يشاهدها أو نحكي له حكاية تجذبه حتى ينصرف تدريجياً عن ممارسة العادة السرية .

ومن المشكلات الجنسية الشائعة هو ما يبدو من شغف الطفل الصغير بالنظر إلى جسمه عارياً أو النظر إلى الأجسام العارية لأبويه أو أخوته ، فقد يتلصص من ثقب باب حجرة النوم أو الحمام ، وهو ميل إلى الاستطلاع واكتشاف المجهول ، وخاصة في الحالات التي يبقى الطفل ملازماً لفراش الأبوين فيما بعد السنة الثانية ، أو ينام معهما في نفس الغرفة ، حيث يمكن أن يكتشف العلاقة الجنسية الراشدة بين والديه دون أن نفسر له ما يجري مما يجعله يسعى للحصول على هذه المعرفة بطريقته الخاصة ، فقد يتصنع النوم وهو يصغي بأذنيه إلى ما يحدث . ومن الأفضل في كل الأحوال أن يكون للأطفال غرفة منفصلة ، ويمكن أن ينام الطفل في غرفته من بداية عامه الثاني، مع مراعاة حدود التدليل والإلتصاق والتقبيل المسرف للطفل من ضمه أو التدليك المسرف في النظافة لأعضائه الجنسية ، أو الاهتمام بمظهره وهو عاري . ومن الأمور الجنسية التي تحير الآباء هي الأسئلة الجنسية التي تدور على لسان الطفل مثل من أين يأتي الأطفال ؟ وما هو الفرق بين الولد والبنت ؟ أو قد يسأل الطفل عن اسم الأعضاء المخفية عند الأم أو الأب .

وكثيراً ما تثير هذه الأسئلة طاقة الخجل والإحراج لدى الوالدين ، حيث يدرك الطفل هذا الحرج ، ويدرك مدى كذب الوالدين في الإجابة عن تساؤلاته المحيرة .

وكثيراً ما يلجأ الأهل إلى خلق قصص للإجابة عن أسئلة الطفل، مثل يأتي الأطفال من أمام باب الجامع أو أن طائر بعينه يقذفه لنا ، أو من بطن ماما أو من شنطة الدكتور أو الحكيمة أو الداية هي التي أحضرته . وكل هذه الإجابات الملفقة لا تكفي لشغف الطفل حول معرفة الحقيقة التي سيسعى إليها ، حتى لو أن الأبوين كانا قد اقتنعا بأن قصصهم أجابت عن أسئلة الطفل ، فستظل هذه الأسئلة قائمة حتى يقع في أيدي خادمة أو معلومات من الشارع أو الأقران عن حكاية الإنجاب ، ولكنه قد يتخبط في إدراكه وتكون معرفته الجنسية مرتبكة مما قد يسبب له ارتباكاً وانشغالاً

بهذه الحقيقة في الوقت الذي يدرك فيه أن بطن أمه يكبر أثناء حملها ثم تغيب عنه الأم وتعود بطفل جديد ويتراجع حجم بطنها ، كل هذا يشير إلى حقيقة أن الطفل يدرك حقيقة الإنجاب ، ولكنه يبحث عن اليقين حول هذه الحقيقة . فمن الأفضل أن يعرف الطفل كل الحقائق الجنسية المتعلقة بالطبيعة الإنسانية ، لأن تجاهل المعرفة الجنسية يجعل الطفل في حيرة ، وتدفعه إلى الحصول على المعلومات التي تصله بصورة سوقية منحرفة .

ومن المخاطر التي تقع على جنسية الأولاد هو الخطأ في أسلوب التنميط الجنسي أو اكتساب الهوية الجنسية ، فأحياناً ما ينكر الأهل جنس الطفل إذا كان ذكراً ، ويميلون إلى تسميته باسم حركي أنثوي ، وحجبه عن الآخرين لفترة طويلة ، فيندفع إلى حيث يكتسب هوية جنسية مرتبكة ، وأيضاً كراهية الأهل للبنت خاصة إذا تعددت البنات ، ولم تحصل الأسرة على طفل ذكر ، خاصة إذا كانت الأم تنتظر ميلاد ذكر ، وجاءت المولودة أنثى ، وتختلف الاتجاهات نحوها مما قد يدفعها لكراهية جنسها ولعب الدور الجنسي الذكري مما يعوق تطور هويتها الجنسية الأنثوية .

ومن المعروف أن الانحرافات الجنسية وخاصة الجنسية المثلية تعود إلى اضطراب الدور الجنسي والهوية الجنسية ، فضلاً عن أن اضطراب الهستيريا يعود أساساً إلى سؤال الهوية الجنسية حين لا تستطيع البنت أن تحدد جنسها ، وكذلك بالنسبة للذكور ، إلا أن حالات الهستيريا تكون نادرة عند الرجال .

ونظراً لأهمية الحياة الجنسية في تحقيق الصحة النفسية فإن تجاهل الأمور الجنسية في الطفولة يبعث على الشقاء الفردي والأسري في الرشد ، فمن الأفضل أن نعلم الأطفال المعارف الجنسية بكل دقة وصراحة منذ الطفول المبكرة ، وألا يتعامل الأهل بقلق وخوف حول الموضوعات الجنسية ، وخاصة العادات السرية عند الأطفال ، والتي قد تكون وسيلة للتخفيف من القلق والضغوط الواقعة على الطفل ، مع أهمية معرفة من يتعامل معهم الطفل ، والإشراف على سلوكه بشكل لا يثير القلق أو الخجل ، مع تجنب الإسراف في العناق والتدليل والأمور التي تثير ميول الطفل الجنسية وعدم اللجوء إلى العقاب والتهديد ، بينما يجب أن نعلم الأبناء كيف يوجهون انتباههم إلى الألعاب السوية وتنمية الهوايات والمهارات ومتابعة النشاط الدراسي والاجتماعي حتى ينمو الطفل نمواً جنسياً وانفعالياً سوياً .

المشكلات الناتجة عن الإساءة إلى الطفل
Problems Related to Child Abuse

تشكل الإساءة إلى الطفل Child abuse مصدراً أساسياً للعديد من المشكلات البدنية والمعرفية والانفعالية ، ونعني بالإساءة إلى الطفل كل سلوك من جانب الراشدين يسبب الأذى الجسمي أو النفسي للطفل ، فهناك الإساءة الجسدية بالضرب والعنف للطفل والتجويع أو حرمان الطفل من الطعام لفترات طويلة ، والتقييد والحبس وتكليف الطفل بمهام أو أعمال تتجاوز قدراته وحرمانه من التعليم واللعب ، وإهماله وتعنيفه لفظياً وإحتقاره ، كما أن الإساءة الجنسية من أخطر ما يواجه الطفل من الراشدين ، مثل الاعتداء الجنسي على الأطفال أو استخدامهم استخداماً جنسياً منحرفاً قبل بلوغهم سن الرشد.

وتعود الإساءة إلى الأطفال إلى أسباب عديدة أولها اضطراب شخصية الأم وإصابتها بالاضطراب النفسي أو تعاطي المواد المؤثرة نفسياً مثل المخدرات والكحول ، فضلاً عن افتقادها للنضج الانفعالي وعدم قدرتها على التجاوب مع متطلبات مرحلة الطفولة كأن ترفض رائحة الطفل في حالة عجزه عن تنظيف نفسه وكثرة صراخه ، وما إلى ذلك ، فضلاً عن مدى استعدادها النفسي لتقبل الطفل ، وكثرة الشجار الأسرى، وغيرها مما سنعرضه بالتفصيل في السياق التالي .

معدلات انتشار ظاهرة الإساءة للأطفال :

طبقاً للمؤشرات الإحصائية للظاهرة ، لا توجد للأسف إحصائيات دقيقة في مجتمعنا العربي على الرغم مما نشهده من مظاهر متعددة للإساءة إلى الأطفال ، وقد تكون النتائج صادمة إذا ما اهتمت مؤسسات رعاية الطفولة بهذه الظاهرة على نحو جاد ، بينما تشير الإحصائيات الغربية أن حوالي ٣ ملايين طفل مساء إليهم تم إحصائهم عام ١٩٩٤ بواسطة المجلس الوطني الأمريكي لمنع الإساءة للأطفال.

وتؤدي الإساءة للأطفال إلى وفاة ما بين ٢٠٠٠ إلى ٤٠٠٠ طفل كل سنة كما تسجل ١٥,٠٠٠ إلى ٢٠٠,٠٠٠ حالة سنوياً من الإساءة الجنسية.

ومن بين الأطفال الذين يتعرضون للإساءة البدنية كان ٣٢٪ أقل من خمس سنوات ، ٢٧٪ بين ٥ – ٩ سنوات ، ٢٧٪ بين ١٠ – ١٤ سنة و١٤٪ بين ١٥ –١٨ سنة . كما لوحظ أن أكثر من ٥٠٪ من كل الأطفال المساء إليهم والمهملين قد ولدوا قبل أوانهم ، وكان وزنهم أقل من الطبيعي عند الولادة.

أسباب الإساءة إلى الأطفال :

تتعدد الأسباب أو العوامل المؤدية للإساءة إلى الأطفال وأهمها أن الوالدين اللذين يوجهان الإساءة إلى الطفل كانوا أنفسهم ضحايا لاعتداء بدني أو جنسي أو وجودهم في وسط أسري يعاملهم بعنف وقسوة مما جعلهم يكتسبون هذه العادات ويمارسونها مع أبنائهم . وقد يعتقد الأهل أن أسلوبهم العنيف في التربية هو الأسلوب الأمثل لتعليم النظام ، وهم لا يدرون أنهم يسيئون ويؤذون أجسام ومشاعر أبنائهم .

كما تؤدي أحداث الحياة الضاغطة مثل الزحام الشديد والفقر والانعزال الاجتماعي وفقدان الأسرة لمصادر الدعم والبطالة إلى الإساءة إلى الأطفال وإهمالهم وزيادة العدوان الموجه إلى الطفل ، كما تعود الإساءة إلى اضطرابات نفسية وعقلية وسلوكية لدى الوالدين ، فالإدمان والأمراض العقلية تجعل الأب أو الأم غير قادرين على الحكم السليم في تقدير سلوك الطفل وما يمكن عمله في عملية التنشئة الاجتماعية .

كما أن هناك من الأسباب التي تعود إلى الطفل نفسه والتي تجعله أكثر عرضة للإساءة مثل إصابة الطفل بالتخلف العقلي أو أحد أشكال الإعاقة الحسية والبدنية والذين لا يكفون عن الصراخ وتعدد المطالب مما يجعلهم أطفال مزعجين بالنسبة للأهل ، ويدفع الأهل للإساءة إليهم ، ويقر الأطفال المساء إليهم أن أهلهم ينظرون إليهم على أنهم بطيئوا النمو ، سيئون ، أنانيون أو فوضويون خارج النظام .

وقد يؤدي فرط نشاط الطفل وحركته الزائدة إلى تعرضه للعدوان والعنف البدني . (Kaplan & Sadock, 1998)

وتعود أسباب الإساءة الجنسية للأطفال إلى وجودهم في بيئة يصاب فيها الراشدين بما يسمى بالولع الجنسي بالأطفال ، واختلاط الأنساب أو العلاقات المحارمية في الأسر المضطربة ، أو وجود الأطفال في بيئات مدرسية أو ميادين عمل تجعل الظروف مهيأة للاعتداءات الجنسية على الأطفال .

المظاهر التشخيصية :

الإساءة الجسدية :

تبدو مظاهر الاعتداء البدني على الطفل بالجروح أو الكسور والرضوض والإصابات الداخلية في الصدر والأحشاء بصورة لا تتناسب مع ما يذكره الوالدان عن إصابة الطفل أو أسباب إصابته ، وقد تكون آثار التعذيب واضحة مثل الحرق بالنار في

مناطق معينة ، أو إطفاء السجائر فى جسم الطفل ، وقد تكون هناك إصابات بالغة فى الوجه والرأس والعمود الفقرى ، ولا يصل الطفل إلى الطبيب أو المستشفى إلا بعد أن يفشل الأهل فى تطبيب الطفل نتيجة لإصابته بالإغماء أوما إلى ذلك.

وعلى المستوى السلوكى فإن الطفل المضروب أو المعتدى عليه بدنياً غالباً ما يبدو منسحباً ومرعوباً ومكتئباً وقلقاً مع شعوره بالإنحطاط ، وقد يبدو عدوانياً ومستاءاً، كما قد يعانى من صعوبات نمائية ومشكلات فى العلاقات بالأقران وتكون لديه نزعات هازمة للذات مع أفكار وسلوك انتحارى .

الإســـــاءة الجنســـــية :

يتم التعرف على الإساءة الجنسية من خلال تقرير الطفل عن الإعتداء الجنسى عليه من أحد الأشخاص المقربين ، وفى الغالب لا يتم الإفصاح من جانب الطفل عن الاعتداء الجنسى عليه لشعوره بالذنب والخزى أو العار والفضيحة إذا ما تم انكشاف الأمر . وقد يتم الاعتداء الجنسى تحت التهديد وخاصة فى بعض المدارس والنوادى التى يكون فيها بعض العاملين الشواذ الذين قد توكل إليهم رعاية أو تعليم أو تدريب الأطفال ، وقد يأتى من الخادمات والعاملين فى النظافة وأصحاب العمل وما إلى ذلك.

وفى مثل هذه الحالات يلجأ الطفل إلى إخفاء مظاهر هذا الاعتداء خشية العار والفضيحة ، ولكنه قد يعانى آلام عضوية فى منطقة الاعتداء الجنسى مما قد يكشف الأمر وفى هذه الحالة يتزايد شعور الطفل بالخوف والخزى والذنب مع المشاعر الاكتئابية.

وفى حالات الاعتداء المحارمى (الاعتداء من الأب أو الأم أو الأخ والأخت والعم والخال وهكذا) فتكون الأمور أكثر تعقيداً ، فالأب المريض بالمحارم حيث يعتدى على ابنته فإنه يكسر العلاقة الأبوية ويهز ثقة البنت فى الوجود مما يدفعه إلى التعامل معها بأسلوب الاستجابة المطلقة لمطالبها ، والغيرة الشديدة عليها ، ومتابعة كل سلوك تقوم به خشية أن تفضحه ، وكذلك العلاقات المحارمية بين الأخوة والأقارب.

فمن الحالات التى تعاملت معها من خلال التحليل النفسى ، حالة الشاب الذى جاء يشكو من اكتئاب شديد ومشاعر ذنب مبرحة ورغبة فى الانتحار مع نوبات من البكاء الشديدة ، وما إلى ذلك من أعراض مختلطة بين الخوف والقلق والاكتئاب ، وفى مسار تحليله كشفت المستدعيات عن قيامه بالاتصال الجنسى بأخته من الأب بعد أن تزوجت إتصالا جنسياً كاملاً، وفى شرح تاريخ الحالة ، كان الشاب وهو صغير

يلعب مع أخته ألعاباً جنسية استمرت حتى البلوغ ، حيث كانت هناك ألعاب جنسية بالغة بدون اتصال جنسي كامل ، حتى كان زواجها الذى سمح بالاتصال الكامل مما فجر بنية الذنب والمشاعر الصادمة ، وهذا يعود إلى اضطراب أسرته حيث طلقت أمه وتزوج والده من والدة أخته التى كانت تصغره بأربع سنوات ، والمهم أن هذا الشخص لم يتمكن حتى الآن من الزواج على الرغم من بلوغه الأربعين من عمره وتطارده مشاعر ذنب خطيرة تجاه شكه فى أن يكون ابن أخته من نتاج أفعاله الجنسية وليس من زوجها.

وفى حالة من حالات الإساءة الجنسية حالة مريض ذهانى كانت تختلط لديه أعراض البارانويا بالاكتئاب مع السلوك الاندفاعى ، وكان من أسرة شديدة المحافظة، وكانت أمه على درجة عالية من القسوة والرغبة الوسواسية فى النظام والنظافة ، وكانت توكل رعاية أبنائها لخادمة فى حال ذهابها للعمل فى الوقت الذى يعمل فيه الأب طبيباً لا يجد وقتاً لرعاية أبنائه مع اتسامه بالدقة والنظام ، وكانت الخادمة على درجة متدنية من الأخلاق فكانت تعمد إلى تجريد الأبناء من ملابسهم ، هؤلاء الأبناء هى بنت فى الثالثة ، وولد (الحالة) فى الخامسة ، وولد يكبره بعام ونصف ، حيث تضع البنت مستلقاه على ظهرها ثم تضع الحالة عليها بوجهه ثم تضع الأكبر على ظهر الحالة بينما هى تمارس العادة السرية .. والأسوأ أن أمر هذه الخادمة لم يتكشف ، وظلت هذه الألعاب قائمة لفترة ، حتى كان البلوغ ، وتفجرت لدى المريض مشاعر عدائية شديدة تجاه الأخ الأكبر مع مشاعر رفض وإنكار لأخته التى سريعاً ما تزوجت، ولكنه لم يحضر حتى عرسها ، وكان يتلصص عليها وهى عارية ، ويقوم بممارسة العادة السرية التى أسرف فى ممارستها حتى التقى بأحد الشيوخ الذى جرم له هذه العادة فبدأت مشكلاته بأن ترك الجامعة وأصبح يهذى ويتهم الكبار بالانحراف واللواط ، وأن الجميع يضاجع بعضه بعضاً ، وما إلى ذلك من الأفكار البارانوية والإضطهادية .. ولقد استمر تحليل هذه الحالة لأكثر من عامين حتى تم إزالة الآثار النفسية المدمرة لهذه الإساءة الجنسية.

وما أكثر ما يقابلنا فى الجلسات العلاجية من اعترافات بشأن الاعتداء من المقربين أو الراشدين ، مما يكون له الأثر البالغ على البناء النفسى ، وما أكثر ما نشهد الانحرافات الجنسية فى الرشد مثل الدعارة والضياع الأخلاقى المهين نتيجة لعلاقات محارمية مختلفة فى الطفولة والمراهقة.

كما يؤدى الاغتصاب الجنسى للذكور والإناث إلى آثار نفسية بالغة قد تدفع بحالات كثيرة إلى قتل المعتدى أو قتل الضحية أو الانتحار ، مع معاناة الكثير من

الأطفال لاضطراب ما بعد الصدمة ، حيث يكون الخوف والأرق وعدم الاستقرار ، ومعاودة المشهد الصادم (الاغتصاب) وسيطرته على أفكار الضحية مع المشكلات الاجتماعية العديدة المترتبة على الاغتصاب ، وخاصة على الإناث إذا تم هتك غشاء البكارة والذى يمثل فى مجتمعنا الشرقى جواز المرور للاستقرار الزواجى ، مما يشكل محنة نفسية واجتماعية شديدة.

الإساءة الانفعالية والإهمال :

تعد الإساءة الانفعالية شكل من أشكال الحرمان العاطفى الذى يناله الطفل مع الإهمال فى الرعاية والتغذية، وتنتج الإساءة الانفعالية عن وجود الطفل فى جو من ثورات الغضب والتجهم وغياب الفرح وشيوع أجواء الحزن والكآبة وتداول ألفاظ وعبارات الحرمان والهموم والشكوى ، وعدم الإهتمام بالطفل ، مما يجعله يائساً عاجزاً تبدو عليه علامات سوء التغذية والانسحاب ، وكثرة إصابته بالأمراض والعدوى ، وقد يتأثر نموه العقلى وتتراجع مهاراته الحركية وانشطته الاجتماعية ، مع اضطراب التعلم واللغة والاتصال . وفى حالات كثيرة قد يؤدى هذا النوع من الإساءة إلى موت الطفل أو اعتلاله الشديد.

وفى الغالب ما يعود الإهمال والإساءة الانفعالية إلى وجود الطفل فى بيئة أسرية مضطربة ، فإصابة الأم بالاضطرابات الاكتئابية والذهانية يجعلها غير أهلة لرعاية الطفل مما قد يسبب له أعراض الإساءة الانفعالية والإهمال ، فقد ترى الأم أن ابنها شيطان ، أو أنه السبب فى شقائها ، أو أنها فقدت أبوه بسببها ، وما إلى ذلك من الأسباب التى تستدعى تدخل طبى وقانونى لعزل الطفل عن مثل هذه الأم أو الأب إذا كـان الاضطراب لدى الأب ، لكن الأمـر يتعلق بالأم أكثـر من الأب وخاصـة فى المرحلة الطفلية المبكرة.

كما تعود أسباب الإساءة الانفعالية والإهمال إلى عوامل اجتماعية مثل كثرة الأبناء والفقر والبطالة والإدمان والجريمة.

ومن الحالات التى قمت بدراستها تلك الفتاة التى فقدت أمها أثناء ولادتها مما جعلها مكفولة من جدتها لأمها التى توشحت بالسواد وظلت مكتئبة متجهمة لدرجة امتصت فيها الطفلة هذا السواد ، حتى طاردتها لعنة سبب موت أمها ، وأصبح الاكتئاب لصيقاً لوجودها مما أعاقها عن مسايرة الآخرين ، فكانت معزولة ، تهمل نفسها ، وتتمنى لنفسها الموت ، ونظرتها السلبية للحياة والتشاؤم والخوف من الارتباط الزواجى والتوجه الدينى المتعصب طالبة المغفرة على ذنب لم ترتكبه.

العلاج والوقاية من الإساءة والإهمال :

مع مراعاة القيمة العليا للطفل بوصفه الامتداد الطبيعي للوجود ، فإن المسئولية تقتضي التدخل العلاجي الرسمي وغير الرسمي للأطفال المساء إليهم، سواء بالعلاج الطبي والنفسي والتأهيلي والاجتماعي الشامل مع الأخذ في الإعتبار علاج المناخ الأسرى وتنظيم العلاقات الأسرية المضطربة التي تؤدي إلى الإساءة إلى الطفل أو إهماله . وقد يصل الأمر إلى وضع الأسرة كلها تحت الوصاية الاجتماعية والقانونية مع التدخل العلاجي والإرشادي لتجنب كوارث تحل بالأطفال لوجودهم في بيئة مسيئة.

أما ما يتعلق بالاعتداء الجنسي أو الإساءة الجنسية فإن الأمر يتعلق بالتثقيف الجنسي السليم وتعليم الأطفال تجنب غواية الكبار والإفصاح بلا خجل عن أي محاولة للتحرش أو الاعتداء مع علاج الآثار النفسية السلبية المترتبة على الاعتداء الجنسي.

مع الأخذ في الاعتبار الأبعاد الاجتماعية للظاهرة ، فيجب توجيه الأسر الفقيرة والتي قد لا تجد مأوى لها أن تنظم أسرتها وتحد من الإنجاب بدون داع وتطبيق القانون لتجريم عمالة الأطفال ، والإشراف المؤسسي على الأسر التي يتوقع أن ترتفع فيها معدلات الإساءة للأطفال ، مع المتابعة الميدانية الدقيقة لأماكن تجمع الأطفال ، واختيار المعلمين والمدربين والمشرفين عليهم اختياراً دقيقاً حتى نتجنب حدوث أي شكل من أشكال الغواية أو الاعتداء الجنسي. وفي كل الأحوال ينبغي أن يتم رعاية الأطفال بالصورة التربوية اللائقة ، وعدم ترك أمر رعايتهم للخادمات أو العاملين بالنظافة وإمداد الطفل بالمعلومات الكافية عن حياته الجنسية والعاطفية ، واختيار الأقران وأماكن الترفيه ، وإشباع الحاجات الأساسية للطفل ، وبناء تقدير الذات على أساس موضوعي والابتعاد عن أي شكل من أشكال الحرمان المكتسب التي قد تجعله فريسة للغواية والانحراف ومادة سهلة للإساءة من جانب الآخرين.


المراجــــع



المراجـــع العربيـــة :

* **أحمد عكاشة (١٩٩٨)** : الطب النفسى المعاصر ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية.

* **جون بولبى اعداد مارى فراى ، ترجمة السيد خيرى ، سميـــر نعيـــم ، فـرج أحمـــد (١٩٥٩)** : رعـايـة الطفل وتطور الحب ، القـاهرة ، دار المعارف

* **دوجلاس توم ترجمة اسحق رمزى (١٩٥٨)** : مشكلات الأطفال اليومية ، القاهرة ، دار المعارف ، ط ٢

* **رأفت السـيد عسكر (١٩٩٠)** : مدى فعالية اختبار تفهم الموضوع فى الكشف عن المؤشـرات الأوديبيـة المسقطة لدى المصـابين بالمخـاوف المرضية ، دراسة تحليلية كلينيكية ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الآداب جامعة الزقازيق.

* **عادل عبد الله محمد (٢٠٠٢)** : الأطفال التوحديون : دراسات تشخيصية وبرامجية ، القاهرة ، دار الرشاد.

* عبد الستار ابراهيم ، **عبد العزيز الدخيل** ، رضوى ابراهيم **(١٩٩٩)** : العلاج السلوكى للطفل والمراهق ، الرياض ، دار العلوم للطباعة والنشر ، ط ٢ .

* **عبد الله عسكر (١٩٩٦)** : الاضطرابات النفسية وعلاقتها بتعاطى المراهقين للبانجو ، القاهرة ، مجلة الصحة النفسية ، مجلد ٣٧ العدد السنوى.

* **عبد الله عسكر (٢٠٠٠)** : مدخل إلى التحليل النفسى اللاكانى ، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

* عبد الله عسكر (٢٠٠١) : الإكتئاب النفسى بين النظرية والتشخيص ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية.

* **فاروق عبد السلام (١٩٨٢)** : المعوقون ، تصنيفهم وخصـائص الشخصية ، مجلة كلية التربية ، جامعة أم القرى ، مكة المكرمة ع (١) .

* **فرج عبد القادر طه ، شاكر قنديل ، حسين عبد القادر ، مصطفى كامل (١٩٩٣)** : موسوعة علم النفس والتحليل النفسى ، القاهرة ، دار سعاد الصباح.

* **لطفي بركات أحمد (١٩٨٤)** : الرعاية التربوية للمعوقين عقلياً ، الرياض، دار المريخ.

* **لويس مليكه (١٩٩٨)** : الإعاقات العقلية والاضطرابات الارتقائية ، القاهرة ، مطبعة فيكتور كيرلس .

* **مايكل راتر (١٩٨١) ترجمة ممدوحة سلامة** : الحرمان من الأم ، إعادة تقييم ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .

* **محمد شعلان (١٩٧٧)** : الاضطرابات النفسية في الأطفال ، القاهرة ، الجهاز المركزي للكتب الجامعية والمدرسية والوسائل التعليمية ، ط٢ .

* **مصطفى زيور (١٩٨٦)** : في النفس ، بحوث مجمعة في التحليل النفسي، بيروت ، دار النهضة العربية.

* **ممدوحة سلامة (١٩٩٠)** : علم النفس المقارن : في التعلق لدى الإنسان والحيوان ، القاهرة مكتبة الأنجلو المصرية.

* **نصرة عبد المجيد جلجل (٢٠٠٣)** : الدسلكسيا ، الإعاقة المختفية ، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.

المراجع الأجنبية

* ***Alexander. R. C. (1995)*** : Current and emerging concepts in child abuse. Comprehensive Therapy, 21 (12). 726-730.

* ***American psychiartic Association (1994)*** : Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorder DSMIV, Washington DC.

* ***Angold A, Coslello EJ (1996)*** : Toward establishing an empirical basis for the diagnosis of oppositional defiant disorder. J. Am. Acad. Child Adolesc Psychiartry 35.

* ***Aram DM, Morris R, Hall NE, (1993)*** : Clinical and research congruence in identifying children with specific language impairment. J. Speech, Hear. Res. 36 : 580.

* ***Baker L, Cantwell DP, (1990)*** : The association between emotional/behavioral disorders and learning disorders in a sample of speech/language impaired children. Adv. Learn Behav Disorder 6 - 27.

* ***Baker L, Cantwell DP, (1989)*** : Specific language and learning disorders. In Handbook of Child Psychopathology, ed 2. TH Ollendick, M Herson, editors, p 93. Plenum, New York.

* ***Beitchman JH, Brownlie EB, Inglis A, (1994)*** : Seven year follow - up of speech/language stability and outcome. J. Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry 33 : 1322.

* ***Beitchman JH, Wilson B, Brownlie EB, Waters, H, Inglis A, Lancee W, (1996)*** : Long term consistency in speech / language profiles. II. Behavioral, emotional, and social outcomes. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 35 : 815.

* ***Benaisich AA, Curtiss S, Tallal P, (1993)*** : Language, learning and behavioral disturbances in childhood : A longitudinal perspective : J. Am. Acad. Child Adolescent Psychiatry 32 : 585.

* ***Brooks JS, Whiteman, M Finch SJ, Cohen P, (1996)*** : Young adult drug use and delinquency : Childhood antecedents and adolescent mediators. J. Am. Acad. Child Adolesent Psychiatry 3S : 1584.

* ***Buitelaar K, (1993)*** : Self - injurious behavior in retarded children : Clinical phenomena and biological mechanisms. Acta. Paedopsychiatr. 56 : 105.

* ***Carpenter, M, Kennedy M, Armstrong A L, & Moore E (1997)*** : Indicators of abuse or neglect in preschool children's drawings . Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services. 35 (4) 10 - 17.

* **Chaffin M Kelleher K, & Hollenberg J (1996)** : Onset of physical abuse and neglect : Psychiatric, substance abuse and social risk factors from prospective community data. Child Abuse and Neglect. 20 (30) . 191 - 203.

* ***Crenshaw V B et al . (1995)*** : When educators confront child abuse: An analysis of the decision to report. Child Abuse and Neglect. 19 (9) . 1095 - 1113.

* ***Dates R K, & Bross D C (1995)*** : What have we learned about treating child physical abuse? a literature review of the last decade. Child Abuse and Neglect. 19 (4) - 463 - 473.

* ***Deisz R, Doueck, H & George N (1996)*** : Reasonable cause; A qualitative study of mandated reporting. Child Abuse and Neglect. 20 (4), 275 - 387.

* ***Dodge K A Pettit, G S, Bates E & Valente E (1995)*** : Social information - processing patterns partially mediate the effect of early physical abuse on later conduct problems. Journal of Abnormal Psychology, 104 (4), 632 - 654.

* ***Duncan R D Saunders, B E Kilpatrick D G, Hanson R F & Resnick, H S (1996)*** : Childhood physical assault as a risk factor for PTSD. Depression, and substance abuse : Findings from a national survey. American, Journal of Orthopsychiatry. 66 (3), 437 - 448.

* ***Dykman R A, Mepherson B, Ackerman P T, Newton J E, Mooney D M, Wherry I, & Chaffin M (1997)*** : Internalizing and externalizing characteristics of sexually and/or physically abused children. Integrative Physiological and Behavioral Science. 32 (1). 62 - 74 .

* ***Ellason J V & Ross. C A (1997)*** : Childhood traunma and psychiatric symptoms. Psychological Reports, 80 (2). 447 - 450.

* ***Kinard E M (1995)*** : Viother and teacher assessments of behavior problems in abused children, journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiat. 34 (8), 1043 - 1053.

* ***King BH (1993)*** : Self - injury by people with mental retardation : A compulsive behavior hypothesis. Am. J. Ment. Retard. 98 : 93.

* ***Lahey BB, Applegate B, Barkley RA (1994)*** : DSM-IV field trials for oppositional defiant disorder and conduct disorder in children and adolescents. Am. J. psychiatry 151 : 1163.

* ***Lahey BB, Loeber R, Quay HC, Frick PJ. Grimm J (1992)*** : Oppositional defiant disorder and conduct disorders : Issues to be resolved for DSM IV, J. Am. Acad. CHild. Adolesc. Psychiatry 31 : 539.

* ***Leventhal M, Pew, M C, Berg, A T& Garber R B (1996)*** : Use of health services by children who were identified during the postpartum period as being at high risk of child abuse or neglect. Pediatrics. 97 (3)' 331 - 335.

* ***Lewis DO, Lovely R, Yeager C, Ferguson G, Friedman M, Sloane G, Friedman H, Pincus JH (1988)*** : Intrinsic and environmental characteristics of juvenile murderers. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 27 : 582 .

* ***Lewis DO, Shanok SS, Lewis ML, Unger L, Goidman C (1984)*** : Conduct disorder and its synonyms : Diagnosis of dubious validity and usefulness. Am. J. Psychiatry 141 : 514.

* ***Lundy MS, Pfohl BM, Kuperman S (1993)*** : Adult criminality among formely hospitalized psychiatric patients. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 32 : 568.

* ***MacMillan H L Fleming E Trocme N, Boyle M H, Wong M Racine, Y A, Beardslee, W R, & Offord, D R (1997)***: Prevalence of

child physical and sexual abuse in the community. Results from the Ontario Health Supplement. 2 - 8 (2) 131-135.

* ***Maxfield M G, & Widom C S (1996)*** : The cycle of violence. Revisited 6 years later. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine. 15014, 390 - 395.

* ***Maziade M, Caron C, Cote R, Boutin P, Thivierge J (1966)*** : Extreme temperament and diagnoses. Arch. Gen. Psychiatry 47 : 477. 1990.

* ***McMahon P, Grossman W, Gaffney, M, & Stanitski, C. (1995)*** : Soft-tissue injury as an indication of child abuse. Journal of Bone and Joint Surgery-American Vol. 77 (8) . 1179 - 1183.

* ***McPherson W B, Newton E Ackerman P, Oglesby D M, & Dykman R A (1997)*** : An eventrelated brain potential investigation of PTSD and PTSD symptoms in abused children, Intergrative Physiological and Behavioral Science. 32 (1.). 31 - 42.

* ***Meiselas KB, Spencer EK, Obrefield R, Pesetow ED, Angrist B, Campbell M. (1989)*** : Differentiation of stereotypies from neuroleptic - related dyskinesias in autistic children. J. Clin. Psychopharmacol 9 : 207 .

* ***Milner, J S, Halsey, L B, & Fultz (1995)*** : Empathic responsiveness and affective reactivity to infant stimuli in high - and low - risk for physical child abuse mothers. Child Abuse and Neglect. 19 (6). 767 -780 .

* ***Mullen, P E Martin L Anderson, J C Romans S E & Herbison. G P (1996)*** : The long-term impact of the physical , emotional, and sexual abuse of children : A community study. Child Abuse and Neglect. 20 (1), 7 - 21 .

* ***Peterson L W, Hardin L, & Nitsch M J (1995)*** : The use of children's drawings in the evaluation and treatment of child sexual, emotional and physical abuse. Archives of Family Medicine 4 (5) , 445 - 452.

* ***Sadeh A, McGuire, P Sachs H Seifer R Tremblay A, Civita R, & Hayden R M (1995)*** : Sleep and psycological characteristics of children on a psychiatric inpatient unit. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 34 (6). 813 - 819.

* ***Scerbo A S & Kolko (1995)*** : Child physical abuse and aggression : Preliminary' findings on the role of internalizing problems. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 34 (8) 1060 - 1066.

* ***Sliverman A B, Reinherz H Z & Giaconia R M (1996)*** : The long-term sequelae of child and adolescent abuse : longitudinal community study. Child Abuse and Neglect. 20 (8), 709 - 723.

* ***Steward JT, Myers WC, Burket RC, Lyies WB (1990)*** : A review of the pharmacotherapy of aggression in children and adolescents. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 29 : 269.

* ***Tiggany Filed, (2000)*** : Child Abuse and Neglection , in , Alan Kaz din (ed.) Encyclopedia of psychology : American psychological Association, Oxford Uni. Press. Vol. 2. Pp. 61 - 65.

* ***Vitiello B, Jensen PS (1995)*** : Disruptive behavior disorders. In Comprehensive Textbook of Psychiatry', ed by Kaplan. BJ Sadock, editors, p 2311. Williams & Wilkins, Baltimore.

* ***Wassennan GA, Miller L.S. Pinner E, Jaramillo B (1996)*** : Parenting predictors of early conduct problems in urban, high - risk boys. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 5 . 1227.

* ***Wichtrom L, Skogen K, Oia T (1996)*** : Increased rate of conduct problems in urban areas : What is the mechanism ? J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 3 S : 471.







هذا الكتاب

من أوائل الكتب العربية التي تتناول الاضطرابات النفسية للأطفال وفقاً لأحدث ما وصل إليه علم نفس الطفل والطب النفسي للأطفال من كشوف علمية وتدخلات إكلينيكية مما يخدم الباحثين في ميدان الإرشاد والعلاج النفسي للأطفال وتأهيل المعوقين عقلياً ، فضلاً عن أهميته للآباء والمربين للتعرف العلمي على المشكلات والاضطرابات التي قد تعوق نمو الطفل في الجوانب المختلفة فضلاً عن كونه يعد من المؤلفات التي تساعد على حماية الطفل من الاضطرابات في مراحل نموه المختلفة ، فهو مرجع في التشخيص والتنبؤ والعلاج والوقاية لمعظم ما يعانيه الأطفال من اضطرابات نفسية .

ويعرض الكتاب لمشكلات الإعاقة العقلية والاضطرابات النمائية المختلفة والمشكلات المتعلقة بالتعلم والمشكلات السلوكية والاضطرابات الوجدانية.. فضلاً عن طبيعة مشكلات الإساءة للأطفال وآثارها النفسية وسيجد القارئ ما يبحث عنه في عالم الاضطرابات النفسية للأطفال .

الناشر

